



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

## **Histórias de Vida – Uma intervenção de enfermagem dirigida a pessoas com síndromes depressivos em processo de ajustamento saúde- -doença**

**João Paulo da Graça Quitério da Graça**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

### **Histórias de Vida – Uma intervenção de enfermagem dirigida a pessoas com síndromes depressivos em processo de ajustamento saúde- -doença**

**João Paulo da Graça Quitério da Graça**

**Professora Doutora Luísa D’Espiney**

**Prof. Miguel Narigão**

**2015**





## **PENSAMENTO**

A vida não é o que a gente viveu, e sim a que a gente recorda, e como a recorda  
para contá-la.

Gabriel Garcia Márquez (2003) *in* “Viver para contar”



## RESUMO

O documento que agora se apresenta, tem por principal objetivo tornar público o percurso realizado durante o ensino clínico previsto no plano de estudos do curso de mestrado de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que visou, na sua essência, alcançar o grau acadêmico de mestre em enfermagem, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas da área de enfermagem de saúde mental. Na sua elaboração, mais que uma simples descrição de atividades, ambicionou-se refletir sobre estas e sobre a sua pertinência na aquisição e desenvolvimento das competências referidas, constituindo a sua redação um momento igualmente importante no processo ensino- aprendizagem.

A sustentar este percurso de crescimento enquanto pessoa e enfermeiro, esteve a implementação dum projeto de aprendizagem que, a partir duma problemática identificada no contexto profissional, propôs a utilização da história de vida enquanto intervenção de enfermagem de âmbito psicoterapêutico capaz de melhorar a percepção da autoestima em pessoas com sintomatologia depressiva leve a moderada. A pertinência desta intervenção e os efeitos positivos na promoção da percepção daquela dimensão foram confirmados estatisticamente pelos resultados obtidos através da aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg pré e pós intervenção. Assim, os resultados obtidos sugerem que esta intervenção apresenta potencial para ser utilizada no âmbito das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental na promoção da autoestima em pessoas com síndromes depressivos em processo de ajustamento saúde-doença.

O projeto e as intervenções nele propostas foram orientadas pelo modelo concetual de enfermagem de Betty Neuman e, no seu conjunto, tiveram como finalidade contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com sintomatologia depressiva na promoção da sua autoestima. Neste contexto, para além da intervenção central anteriormente referida, foram desenvolvidas diversas outras atividades, nomeadamente assistindo pessoas e grupos na promoção, recuperação e otimização da saúde mental, prestando cuidados de âmbito psicoterapêutico, procurando mobilizar os recursos do contexto, promovendo simultaneamente o desenvolvimento do autoconhecimento e consciência

de mim enquanto pessoa e enfermeiro. Este estágio teve lugar num Serviço de Psiquiatria dum hospital da região de Lisboa, escolhido pela probabilidade de vir a encontrar um elevado número de pessoas internadas com aquela sintomatologia e por combinar a vertente de internamento com a comunitária, na qual existem equipas multidisciplinares em articulação com as estruturas de reabilitação e reinserção social. Esta estrutura permite um acompanhamento efetivo da pessoa com experiência de doença mental, revelando assim um elevado potencial para concorrer para a aquisição e desenvolvimento das competências inicialmente desejadas.

**Palavras-chave:** Depressão, autoestima, história de vida, enfermagem de saúde mental.



## **ABSTRACT**

The document presented here has the purpose of acknowledge the path accomplished during the clinical trial expected in the study plan of the Masters Degree specializing in Mental Health Nursing and Psychiatry which aimed in its essence to achieve the academic degree of Master in Nursing, the core competencies of the specialist nurse and the specific competencies of Mental Health Nursing. During its elaboration, rather than a simple description of activities the author aspired to reflect on them and on their pertinence in the acquisition and development of those competencies, making the essay an equally important moment in the learning process.

Supporting this growth path, as a person and a nurse was the implementation of a learning project which, starting from an identified problem within a professional context, suggested using the life story as a nursing intervention regarding psychotherapy able to improve the perception of self-esteem in people with mild to moderate depressive symptoms. The relevance of this intervention and the positive effects in promotion the perception of that dimension were confirmed statistically by the results obtained applying the Rosenberg Self-Esteem Scale, pre and post intervention. So, the results suggest that this intervention has the potential to be used considering the competencies of the nurse specialist in mental health in promoting self-esteem in people with depressive symptoms while adjusting the process of health and illness.

The project and interventions suggested were guided by Betty Neuman's nursing conceptual model and, as a whole, were aimed to contribute to the acquisition and development of competencies of the nurse specialist in mental health and psychiatry by caring for the person with depressive symptoms in the promotion of self-esteem. In this context, in addition to the aforementioned central intervention, have been developed various other activities, including assisting individuals and groups in promoting recovery and mental health optimization, providing psychotherapeutic care, seeking to mobilize the context resources, while promoting the development of self-knowledge and awareness of me as a person and nurse. This internship took place at the psychiatric ward at the Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, location chosen by the probability of finding a large number of people admitted with that symptomatology and by combining the inpatient side with the community, where there

are multidisciplinary teams working in conjunction with rehabilitation and social reinsertion facilities, allowing an effective monitoring of the person with mental illness thus revealing a high potential to compete for the acquisition and development of the expected competencies.

**Keywords:** Depression, self-esteem, life story, mental health nursing.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos quantos contribuíram para um percurso de aprendizagem...

Os meus familiares e amigos;

Os meus professores e orientadores;

Os meus colegas e superiores hierárquicos;

As pessoas com experiência de doença ou perturbação mental, seus familiares e amigos.



## INDÍCE

INTRODUÇÃO .....	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	20
1.1. Delimitação da problemática .....	20
1.2. Autoestima e depressão .....	24
1.3. O enfermeiro de saúde mental .....	26
1.4. A história de vida como intervenção de âmbito psicoterapêutico .....	28
1.5. Uma abordagem sistêmica de enfermagem .....	31
2. UM PERCURSO DE APRENDIZAGEM .....	33
2.1. Unidade de internamento .....	39
2.2. Equipa comunitária .....	51
2.3. Reflexão final .....	56
3. AVALIAÇÃO .....	61
4. CONCLUSÃO .....	65
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67

## ANEXOS E APÊNDICES

### ANEXOS

ANEXO I – Diagnósticos de Autoestima (North American Nursing Diagnosis Association)

ANEXO II – Resultados de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association)

ANEXO III – Atividades no Aumento da Autoestima (North American Nursing Diagnosis Association)

ANEXO IV – Escala da Autoestima de Rosenberg

ANEXO V – Certificados de Presença em Sessões de Formação

### APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de Autorização à Comissão de Ética

APÊNDICE II – Suportes da Sessão de Psicoeducação: Adesão à Terapêutica

APÊNDICE III – Diapositivos da Sessão de Reflexão e Partilha



**INDÍCE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Avaliação da Escala da Autoestima de Rosenberg Pré e Pós-Intervenção  
.....48





## INTRODUÇÃO

*“A motivação é o que nos faz começar.  
O hábito é o que nos mantém no caminho.”*

*Jim Ryun (1947 - )*

Após um percurso como enfermeiro que permitiu experienciar diversas realidades do exercício profissional em diferentes contextos, foi com alguma naturalidade que amadureceu o desejo e a necessidade de aprofundar e desenvolver as competências pessoais e profissionais, para além das relativas à prestação de cuidados gerais de enfermagem. Nesta motivação surge a frequência do curso de mestrado de especialização na área da saúde mental e psiquiatria como instrumento para o referido desenvolvimento pessoal e profissional. Considerando que especialista é o enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados numa área da enfermagem, demonstrando um conjunto de competências especializadas e revelando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão perante as respostas humanas aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A escolha da área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica advém sobretudo dos contributos da experiência profissional e da importância que pessoalmente atribuo à relação nos cuidados de enfermagem, sendo esta especialidade a que porventura tem maior transversalidade aos mais diversos contextos da prestação de cuidados ou exercício dos enfermeiros, e aquela que prima pela excelência relacional. Por outro lado a saúde mental é por vezes esquecida, acabando os processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental relegados para um segundo plano, muitas vezes apenas pela dificuldade em conseguir a sua gestão ou pelo receio em contribuir para o seu agravamento. No entanto, reconhecidamente, esta dimensão pode ser alvo de intervenção em pessoas, famílias e comunidades ao longo do seu ciclo vital, tendo presente que as pessoas que “se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 1). O enfermeiro especialista em saúde mental é então o profissional de enfermagem cujas competências permitem a compreensão dos fenómenos de sofrimento apontados e das implicações deste nos projetos de vida dos clientes, podendo as suas intervenções contribuir para diminuir

consideravelmente o nível de incapacidade que estas perturbações provocam (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Para adquirir e desenvolver um conjunto de habilidades, capacidades e competências, passíveis de virem a ser mobilizadas na prática e que permitirão ponderar e atuar perante as necessidades de cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidades, surge o ensino clínico e os seus objetivos. A propósito da definição de objetivos, a Séneca (4 a.C. - 65 d.C), escritor, advogado e intelectual do antigo Império Romano, é atribuída uma expressão pertinente neste contexto: "para quem não sabe que porto almeja, não há ventos propícios", pelo que se define como meta para este estágio:

- ✓ Contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos cuidados prestados à pessoa com sintomatologia depressiva na promoção da sua autoestima.

A partir desta finalidade e, tendo por base as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, determinam-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem que visem a otimização da saúde mental com vista à sua manutenção, melhoria e recuperação;
- ✓ Conhecer as alterações psicopatológicas da pessoa com depressão, a tradução no seu comportamento e na sua autoestima;
- ✓ Implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a promoção da autoestima;
- ✓ Desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional na promoção da autoestima junto da pessoa com sintomatologia depressiva;
- ✓ Desenvolver processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito do estabelecimento de relações empáticas e terapêuticas.

A suportar esta caminhada, esteve um projeto de aprendizagem e aquisição de competências cujo tema central foi a autoestima e sua promoção junto da pessoa com sintomatologia depressiva, tendo sido definida a história de vida como intervenção de

âmbito psicoterapêutico promotora da melhoria da percepção daquela dimensão. Na origem destas escolhas está o contexto profissional atual, no qual existe um elevado número de pessoas que desenvolvem sintomas depressivos durante o seu processo de ajustamento saúde-doença, nomeadamente no decorrer da adaptação a uma nova imagem corporal, na sequência dos tratamentos cirúrgicos para a sua doença oncológica, como é o caso das mastectomias. A história de vida enquanto intervenção de âmbito psicoterapêutico enquadrável nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica apresenta resultados encorajadores na promoção duma melhor percepção da autoestima junto de pessoas com experiência de sintomatologia depressiva. É a partir desta evidência que se estruturou o ensino clínico e respetivo processo de aquisição de conhecimentos e competências: Conduzir intervenções baseadas na história de vida com o objetivo de promover a autoestima junto da pessoa com sintomatologia depressiva, facilitando assim o seu processo de ajustamento saúde-doença, cujo impacto será avaliado pela aplicação de instrumento de medida da autoestima, pré e pós intervenção.

A implementação da intervenção referida anteriormente, por exigir a construção e manutenção duma relação empática e terapêutica com os clientes, permitirá adquirir e desenvolver as competências específicas previstas para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. A saber:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 3).

Para a concretização deste percurso de crescimento pessoal e profissional foi selecionado um Serviço de Psiquiatria dum hospital da região de Lisboa, que apresenta como vantagens a combinação da vertente comunitária com a de internamento e, uma vez abrangendo uma população superior a 600000 habitantes na sua área de influência, apresenta um elevado número de internamentos de pessoas com sintomatologia depressiva. Este serviço, que iniciou a sua atividade em

1996, tem como missão assegurar a promoção da saúde mental; a prevenção e o tratamento das doenças mentais; a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental, tendo para isso sido organizado de acordo com as orientações ministeriais em vigor naquela época. O modelo defende a existência de unidades de internamento hospitalar e de equipas multidisciplinares sediadas nos Centros de Saúde, articulando-se com estes e com as demais estruturas de reabilitação e reinserção social existentes na comunidade. A filosofia subjacente, com equipas sediadas nos Centros de Saúde em forte articulação com a equipa do internamento, possibilita um acompanhamento efetivo e de proximidade de cada cliente, garante a acessibilidade aos profissionais de saúde mental facilitando a sua intervenção, garante a continuidade dos cuidados e permite envolver as famílias e outras estruturas da comunidade na promoção da reinserção e reabilitação social dos clientes, por via duma maior proximidade ao local de residência e da mobilização dos recursos e apoios existentes na comunidade. Este modelo revela-se vantajoso no acompanhamento e conhecimento que se tem da pessoa com experiência de doença mental, do seu ambiente e recursos, permitindo segui-la na comunidade ou durante o internamento e assim ajudar a desenvolver o seu projeto de vida, a sua reabilitação psicossocial e manutenção na comunidade.

Naquilo que ao ensino clínico diz respeito, este foi realizado na unidade funcional de internamento e numa equipa comunitária sediada num Centro de Saúde, no período previsto no plano de estudos, entre 29 de setembro de 2014 a 13 de fevereiro de 2015.

Partindo do enquadramento anterior elabora-se este relatório que tem por objetivo dar a conhecer aos leitores o percurso realizado ao longo do ensino clínico, com vista à obtenção não só do grau académico de mestre, mas sobretudo ao desenvolvimento das competências específicas previstas para área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Neste processo pretende-se evidenciar a construção dum percurso que manteve presente a incorporação de conhecimentos científicos, capacidades técnicas, habilidades, atitudes e posturas, suportadas numa prática reflexiva orientada para o desenvolvimento duma identidade pessoal e profissional, que permitisse alcançar os objetivos anteriormente definidos. A elaboração deste relatório constitui *per si* um momento que convida à profunda reflexão e assim à aprendizagem, assumindo que a sua redação é “uma prova que tem um peso importante na evolução

dos estudos. Não é uma simples formalidade” (Le Bras, 1996, p. 12). Fazem parte deste documento a identificação da problemática, o enquadramento teórico e o modelo que suportou as intervenções e atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico que numa fase seguinte serão discutidas e analisadas. Serão apresentadas as reflexões das competências adquiridas e as conclusões do trabalho realizado. A metodologia de apresentação respeitará a norma da *American Psychological Association* na sua Sexta Edição de acordo com o guia disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende”*

*Leonardo da Vinci (1452-1519)*

### 1.1. Delimitação da problemática

O serviço no qual eu atualmente exerço funções permite o contacto com um número significativo de clientes submetidos a tratamentos cirúrgicos de doenças do foro oncológico que resultam em alterações significativas da imagem corporal como é o caso das mastectomias. Apesar de não existir nenhum diagnóstico da situação, o certo é que a sensibilidade pessoal, também partilhada pelos pares, permite concluir que estas pessoas experienciam sentimentos negativos caracterizados por sintomatologia depressiva que, entre outros aspetos, resultam numa baixa autoestima. Efetivamente, neste processo de ajustamento à sua doença e a uma imagem corporal modificada que ocorrem na sequência do diagnóstico e do tratamento, nomeadamente o cirúrgico com remoção da mama, é comum as mulheres experimentarem uma alteração da perceção da sua imagem corporal e sentimentos negativos como depressão, medo, ansiedade e a uma baixa da sua autoestima (Fernandes, Rodrigues & Cavalcanti, 2004; Silva, Loureiro & Sousa, 2004; Fobair *et al.*, 2006; Lepore, Buzaglo, Lieberman, Golant & Davey, 2011; Santos & Vieira, 2011). Neste contexto vejo-me por vezes confrontado com as minhas limitações a nível de conhecimentos e de competências para ajudar estas pessoas na sua adaptação a uma nova imagem corporal, e assim contribuir para o seu processo de ajustamento saúde-doença, nomeadamente através duma relação empática e terapêutica que permita aliviar o sofrimento mental que experienciam. Neste pressuposto definiu-se a autoestima e sua promoção na pessoa com sintomatologia depressiva, o tema central dum projeto de aprendizagem que permitirá a aquisição das competências necessárias à implementação de intervenções junto das clientes submetidas a mastectomias a quem presto cuidados que visem uma melhor perceção da sua autoestima e por essa via uma diminuição da sua sintomatologia depressiva, contribuindo assim para facilitar o seu processo de ajustamento a uma imagem corporal alterada.

A autoestima pode ser definida como uma atitude que a pessoa apresenta em relação a si própria, podendo ser positiva ou negativa. Trata-se dum conjunto de crenças acerca do próprio e do valor que cada um enquanto pessoa acredita possuir (Vaz Serra, 1988; Santos & Maia, 2003). Segundo Townsend, a autoestima “refere-se ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades” (2011, p. 250). No que diz respeito à forma de a promover, a mesma autora preconiza o estabelecimento duma relação que permita a verbalização das emoções negativas e o reforço positivo dos sucessos, num clima de confiança, que possibilite as mudanças que levem a uma melhor perceção daquela dimensão (Townsend, 2011). Na visão de Phaneuf (2005), a desvalorização pessoal deverá ser combatida no âmbito duma relação de ajuda cujo carácter terapêutico se evidencia na escuta atenta, na disponibilidade, na demonstração de presença e respeito e na valorização sem lisonja. De acordo com Chalifour (2009), a promoção da autoestima poderá ser conseguida pela implementação da terapia de suporte que, entre outras, tem por função demonstrar à pessoa que é digna de ser aceite, reconhecida e estimada. Fundada em 1982, a *North American Nursing Diagnosis Association*, organização profissional de enfermeiros que se tem dedicado à pesquisa, definição estandardizada e disseminação de diagnósticos e resultados de enfermagem, possui atualmente na sua taxonomia dois diagnósticos relacionados com a baixa autoestima; a baixa autoestima crónica, definida como uma avaliação negativa e prolongada sobre o próprio e suas capacidades e, a baixa autoestima situacional, que se trata duma avaliação de sentimentos negativos desenvolvidos em resposta a uma perda ou mudança que ocorre em pessoas que anteriormente se autoavaliavam positivamente (Anexo I). Perante estes diagnósticos a mesma organização sugere um conjunto de intervenções de enfermagem, que se baseiam na construção duma relação que sirva de suporte, aconselhamento e apoio, que vise ajudar o cliente a aumentar a sua autoestima, assistindo-o para que melhore o seu juízo pessoal sobre a sua própria valorização, cuja eficácia poderá ser avaliada pela respetiva classificação dos resultados de enfermagem (Anexo II).

As abordagens com vista à promoção duma melhor perceção da autoestima defendidas pelos autores anteriores exigem o estabelecimento de relações empáticas e terapêuticas com os clientes, de forma continuada e mantida, aspeto essencial do cuidar em enfermagem, na medida em que este se fundamenta numa interação entre



o enfermeiro e os clientes, estabelecendo uma relação terapêutica de ajuda, dinâmica, que se desenvolve e fortalece e tem por objetivo “ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 8), um dos aspetos que motivou a escolha desta área de especialização.

Tendo presente as premissas anteriores, nomeadamente no que diz respeito ao tema central do projeto de aprendizagem e à justificação da sua escolha, partiu-se para a identificação de intervenções de sucesso na promoção da autoestima utilizando abordagens de âmbito psicoterapêutico, enquadráveis nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Uma pesquisa efetuada junto da bases de dados científica EBSCO, utilizando de forma isolada ou em combinação termos como *self esteem*, *intervention*, *depression*, permitiu encontrar casos de sucesso na promoção da autoestima em pessoas com sintomatologia depressiva através de intervenções baseadas nas suas histórias de vida, o que motivou novas pesquisas combinando as anteriores com expressões como outras como *life review*, *life story*, *life stories* e *narratives*.

Nugent (1995) demonstrou através dum estudo que uma intervenção de enfermagem baseada em reminiscências tem efeitos na promoção da autoestima. Por sua vez, Ando, Tsuda e Moorey (2006) demonstraram num grupo de clientes com cancro a melhoria da autoestima após uma intervenção de revisão de vida em comparação com um grupo de controlo. Chiang, Lu, Chu, Chang e Chou (2007) demonstraram num estudo randomizado a melhoria da autoestima num grupo de idosos sujeitos a uma intervenção de grupo de revisão de eventos de vida em comparação com um grupo não sujeito a este tratamento. Preschl *et al.* (2012) num estudo randomizado demonstraram os benefícios para a autoestima de uma intervenção baseada na revisão de vida no grupo a esta sujeito quando comparado com o grupo de controlo. Chadwick, Smyth e Liao (2014) estudaram um grupo de 30 mulheres com Síndrome de Turner submetidas a um *workshop* no qual foi abordada a problemática da autoestima. Concluíram que esta intervenção baseada em terapia narrativa e também cognitivo-comportamental melhorou a autoestima da população em estudo.

As histórias de vida poderão ser assim um instrumento utilizado para a partir delas se construir uma melhor perceção da autoestima. A visão holística que proporcionam permite também um melhor e mais aprofundado conhecimento do outro e dos fenómenos envolvidos na perceção de uma baixa autoestima,



“se abordarmos a vida da pessoa na globalidade da sua história, as variações dos registos nas quais elas se exprimem, e as múltiplas facetas que elas evocam em seu percurso, é realmente difícil não tomar consciência das sinergias positivas ou negativas (...) que intervêm na expressão evolutiva da existencialidade e, assim, da identidade” (Josso, 2007, p. 416).

Ao longo do ensino clínico pretendeu-se na prática, e dentro da esfera da relação construída a partir da história de vida narrada por cada cliente com sintomatologia depressiva leve a moderada, apoiar, suportar, promover a identificação e posteriormente reforçar os aspetos mais positivos da narrativa, explorar e valorizar sucessos anteriores, transmitir confiança nas próprias capacidades, reduzir a autocritica negativa entre outras atividades que permitam levar o cliente a uma melhor perceção do juízo que faz do seu próprio valor. Ou seja, pretendeu-se encontrar na história de vida de cada um dos clientes aspetos passíveis de serem destacados e valorizados, levando-os a uma melhor perceção das suas capacidades, promovendo a adoção duma atitude mais positiva relativamente à apreciação que fazem de si próprios. Com este método procurou-se criar uma oportunidade de ressignificação das capacidades individuais, que pudessem ser mobilizadas como estratégia para obter uma nova perspetiva para o problema atual e para lidar com ele, melhorando o *coping* e contribuindo assim para o alívio da sintomatologia depressiva. Efetivamente a melhoria das competências pessoais como a autoestima, a resolução de problemas e as estratégias de *coping*, têm-se revelado capazes de ajudar as pessoas a exercer um maior controlo sobre a sua vida e de promover a sua saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A intervenção descrita contribui para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica previamente referidas neste documento, uma vez que permitirá prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, ajudar a pessoa a otimizar e recuperar a sua saúde mental e, no seio da relação que se virá a estabelecer, aprofundar o conhecimento de si próprio.

A história de vida enquanto intervenção de âmbito psicoterapêutico está simultaneamente subjacente ao preconizado no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, na medida em que o enfermeiro especialista na especificidade da sua prática clínica “engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e

psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 2). O enfermeiro especialista em saúde mental, no exercício da sua prática e na busca da qualidade e excelência dos cuidados que presta, estabelece relações de confiança e de parceria que permitem ao cliente aumentar o seu *insight* e encontrar vias de resolução dos seus problemas, indo de encontro à missão da enfermagem de saúde mental, promovendo a saúde mental e o bem-estar, identificando riscos, prevenindo a doença, diagnosticando e intervindo “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4). Estas asserções encontra-se intimamente relacionadas com as motivações iniciais deste projeto de aprendizagem: ajudar as clientes com alteração da imagem corporal a quem presto cuidados a conseguir um melhor ajustamento no seu processo de saúde-doença, aliviando a sua sintomatologia depressiva por via da promoção da sua autoestima.

Face ao exposto surge a questão de partida: **Será a história de vida uma intervenção promotora duma melhor perceção da autoestima em pessoas com sintomatologia depressiva?**

Resumindo os conceitos anteriores estamos perante uma intervenção que permitirá em contexto de estágio a aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e que, posteriormente, mobilizada em conjunto com essas mesmas competências, terá um elevado potencial para ser aplicada na realidade profissional, contribuindo para ajudar as pessoas que desenvolvem sintomatologia depressiva no contexto do seu processo de ajustamento saúde-doença provocado pela alteração da sua imagem corporal, justificando-se a sua implementação como intervenção capaz de promover uma melhor perceção da autoestima, acreditando que beneficiarão se cuidadas por um enfermeiro desta área de especialização.

## 1.2. Autoestima e depressão

A Organização Mundial da Saúde encara a depressão como um transtorno mental comum, caracterizado por “tristeza, perda de interesse nas actividades e diminuição da energia. Outros sintomas são a perda de confiança e auto-estima, o sentimento injustificado de culpa, ideias de morte e suicídio, diminuição da

concentração e perturbações do sono e do apetite” (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 68), pelo que se justifica nestas pessoas uma intervenção promotora da autoestima. Segundo a mesma organização, qualquer pessoa face às contrariedades da vida pode experimentar sentimentos depressivos, no entanto, apenas a sua persistência ao longo de pelo menos duas semanas pode fazer o diagnóstico desta doença, que pode variar em gravidade desde a apresentação ligeira até à mais grave e ocorrer episodicamente, recorrentemente ou de forma crónica, sendo mais frequente no sexo feminino que no masculino. Previsivelmente até 2020, a depressão representará 5,7% de todas as doenças e será a segunda doença mais incapacitante a nível mundial, sendo mesmo a primeira no caso dos países desenvolvidos (Organização Mundial da Saúde, 2002). A causa para a depressão é ainda alvo de controvérsia embora se acredite que na sua origem poderão estar variados fatores como as questões sociais, fisiológicas e psicológicas. Em Portugal, segundo dados da Direção-Geral da Saúde de 2013, a prevalência anual de perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), é de 22,9% na população em geral, sendo que as perturbações depressivas afetam 7,9% das pessoas. Na sua apresentação mais leve a prevalência é de 0,9%, 4,7% na moderada e a forma mais grave 2,3%. Segundo a mesma entidade a prevalência de vida das perturbações depressivas é de 19,3%. (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

A autoestima, uma das dimensões negativamente afetada na sintomatologia depressiva, pode ser definida como “ a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral” (Vaz Serra, 1988, p. 102), podendo apresentar-se alta em indivíduos que se julgam como eficazes e competentes naquilo que fazem e baixa nas pessoas que têm tendência a subestimar-se e ver-se de forma depreciativa como acontece na presença de sintomatologia depressiva. O mesmo autor sintetiza o conceito de autoestima como “produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade” (Vaz Serra, 1988, p. 102). Por estas razões, a autoestima está intimamente ligada aos fenómenos de descompensação emocional da pessoa. Santos e Maia (2003) referem que a autoestima é uma das componentes do autoconceito. Segundo estes autores, o autoconceito é constituído “pelas diferentes percepções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a autoestima consiste na avaliação mais positiva ou negativa que os sujeitos fazem desses mesmos

atributos” (Santos & Maia, 2003, p. 254). Rosenberg (1965) citado pelos mesmos autores, definiu autoestima como “uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objecto particular, a saber, o *self*” (Santos & Maia, 2003, p. 254). Segundo Braden (2001), citado por Morais (s.d.) a autoestima é “a soma da autoconfiança com o auto-respeito. Ela reflecte o julgamento claro da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida, respeitando e defendendo os próprios interesses e necessidades”. Moysés (2001), citado pela mesma autora, define autoestima como a atitude de um pessoa gostar e confiar em si própria. Braden (2001) defende que “quanto maior a nossa auto-estima, mais alegria teremos pelo simples fato de ser, de despertar pela manhã, de viver dentro dos nossos próprios corpos” (Morais, s.d.). Assim, a autoestima é a “avaliação que a pessoa efectua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma” (Romano, Negreiros & Martins, 2007, p. 109). A autoestima permite à pessoa enfrentar a vida com confiança e otimismo inspirando-a a realizar os seus objetivos com prazer e satisfação, uma vez que reflete as aptidões de cada um para confiar em si próprio, para se sentir com capacidades para corresponder aos desafios que enfrenta e para exprimir adequadamente as suas necessidades (Brandão & Silva, 2012). Os mesmos autores, baseados na perspetiva de Castelo-Branco (2001), referem que uma autoestima adequada reflete o favorável desenvolvimento psicológico do indivíduo e a ausência de problemas ao nível da saúde mental. Por seu lado, uma deficiente autoestima está ligada à existência de sofrimento mental como depressões, comportamentos aditivos, insatisfação com a vida e transtornos de ansiedade.

### **1.3. O enfermeiro de saúde mental**

A história da enfermagem de saúde mental tem evoluído na medida em que progrediu o cuidado às pessoas com doença mental. Se antes estas pessoas eram segregadas, encarceradas e afastadas da sociedade em hospícios e prisões, hoje o conceito presente é o da inclusão e reabilitação.

Em Portugal, decorria o ano de 1539 quando o rei D. João III nomeou o Padre Pedro Fernando de Oliveira o “curador dos fora de siso”, mais provavelmente para afastar as pessoas com doença mental das famílias e comunidades, acabando estas normalmente em masmorras, do que propriamente para serem alvo de assistência e

tratamento. Em 1601, o Hospital de Todos os Santos foi reconstruído após um incêndio, existindo registos da melhoria das condições de internamento das pessoas com doença mental que, no entanto, apenas em 1763 contaram com a edificação duma enfermaria especificamente a elas destinada, passando pela primeira vez à condição de doentes, uma vez que até então apenas existiam locais para a sua reclusão e afastamento da sociedade. Mais tarde, em 1850, surgiu o Hospital de Rilhafoles, o primeiro exclusivamente dedicado à psiquiatria em Portugal, para onde foi transferida a totalidade dos doentes internados nas degradadas enfermarias psiquiátricas do Hospital de S. José. Este hospital, sediado num antigo convento, contava nos seus quadros com dois enfermeiros sem qualquer formação específica na área. Em 1911 foram criadas mais unidades destinadas ao internamento de pessoas com doença mental e, simultaneamente, definidas as funções dos enfermeiros dessas unidades, tendo sido criados os primeiros cursos que conferiam o diploma de “enfermeiro de alienados e nerophatas”. O curso viria a sofrer várias evoluções e atualizações do seu programa curricular até que em 1968 foi inaugurada a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa, local onde pela primeira vez os professores são exclusivamente enfermeiros ao invés de médicos ou assistentes como se verificava até então. Simultaneamente, ocorreu a extinção dos centros de formação e de outros cursos que funcionavam até esse momento. Apesar do 25 de abril de 1974 ter criado um único curso geral de enfermagem, foi preciso esperar apenas quatro anos para surgir o primeiro curso de especialização em enfermagem de saúde mental, que viria posteriormente com a integração do ensino da enfermagem no ensino superior, a conferir o grau de licenciado. (Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho & Jorge, 2006; Santos, 2011).

Atualmente a Ordem dos Enfermeiros reconhece que a enfermagem de saúde mental se foca

na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

É também a este organismo, à luz dos seus estatutos, que compete a atribuição do título de enfermeiro especialista, considerando que este enfermeiro tem capacidade para compreender

os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais”, reconhecendo que as pessoas que “se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (...), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 1)

Para isso o enfermeiro especialista recorre à mobilização de si mesmo, dos seus conhecimentos e capacidades, que permitem recrutar competências e estabelecer relações de confiança com os clientes, desenvolver o seu *insight* acerca das situações que experienciam e as suas capacidades para definir estratégias de resolução de problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

No contexto deste projeto, o enfermeiro especialista em saúde mental tem um papel de relevo. Munido das suas competências específicas e orientado pelos padrões de qualidade para a sua área de especialização é o profissional capaz de implementar a intervenção central deste projeto, de avaliar os seus resultados e de propor alterações ao seu desenho inicial de forma a atingir os objetivos de melhoria desejada na percepção da autoestima junto de pessoas a experienciar sintomatologia depressiva. Por outro lado, o contexto de ensino clínico selecionado proporciona uma ampla visão e conhecimento dos clientes, fruto da forte articulação entre internamento e equipas comunitárias, o que potencia o acompanhamento da pessoa e a implementação da intervenção em ambos os contextos, assumindo-se o papel de parceria na gestão da doença e do projeto de vida destes clientes.

#### **1.4. A história de vida como intervenção de âmbito psicoterapêutico**

Contar a história de vida poderá, por si só, ter um potencial terapêutico na medida em que promove junto do narrador a reflexão sobre as próprias palavras e discurso que está a construir. De acordo com Spindola e Santos (2003), enquanto conta a sua vida o sujeito reflete, o que nos leva a acreditar que cada vez que se relata um facto estamos perante a oportunidade refletir sobre esse momento. Esta visão é corroborada por Josso ao afirmar que a história de vida “é assim uma mediação do conhecimento de si em sua existencialidade, que oferece à reflexão do autor oportunidades de tomada de consciência sobre diferentes registros de expressão e de representações de si” (2007, p. 419). O efeito terapêutico de contar a sua história



de vida é facilmente constatado na prática clínica diária pois, “ao ser ouvido com atenção, compaixão e empatia, o paciente é capaz de organizar o caos que existe na sua mente, o qual foi provocado pela enfermidade ou situação difícil que vivencia, para que encontre por si só soluções” (Benedetto, Garcia, & Blasco, 2010, p. 25). Esta reconstrução da identidade conseguida pela narrativa, leva a pessoa a sentir-se sujeito dos processos e promove o assumir com autonomia as mudanças necessárias na vida (Junges & Bagatini, 2010).

Tinoco (2004) sustenta que as histórias de vida são um método de orientação e aconselhamento. Concretamente, referindo-se a Vassilef (2005), acrescenta que “através da construção exaustiva das trajetórias (...) de cada um e da reflexão sobre elas, poder-se-á efetuar uma intervenção de aconselhamento”, acrescentando ao referir-se a Legrand (1993) que “a reflexão sobre a história de vida (...) poderá desencadear mudanças no indivíduo” (Tinoco, 2004, p. 6), deixando portanto adivinhar que a utilização das histórias de vida e das reflexões sobre elas construídas são úteis na promoção da mudança de comportamentos junto dos indivíduos.

De acordo com Webster (1997, 1999), citado por Gonçalves, Albuquerque e Martín (2008), a intervenção psicoterapêutica utilizando a história de vida insere-se no grupo das terapias conhecidas como reminiscência que, apesar de habitualmente utilizadas em populações mais idosas, pode no entanto ser utilizada ao longo de todo o ciclo de vida das pessoas. A reminiscência é um processo natural inerente ao ser humano que ocorre de forma natural e espontânea e que consiste na evocação de experiências significativas ocorridas no passado. Ao contar histórias da própria vida a pessoa recorda experiências e acontecimentos passados, habitualmente atribuindo-lhes uma conotação positiva ou negativa. Recordar de forma orientada os acontecimentos passados, enquanto intervenção terapêutica estruturada para alcançar a integridade do ego foi inicialmente sugerida por Butler (1963), que a definiu como “um processo mental, universal e natural, de recuperação de memórias de acontecimentos passados com diversas finalidades” (Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008, p. 102). Enquanto técnica guiada permite à pessoa recordar situações que viveu, fomentar a adaptação às transições da vida, aumentar o bem-estar, a satisfação com a vida, prevenir a depressão e promover a autoestima (Gonçalves & Martín, 2007), pelo que se adivinha como uma intervenção adequada perante o projeto de aprendizagem que orientou o ensino clínico, sua justificação e temática central escolhida. A experiência de relatar a história de vida permite ao narrador a

oportunidade não só de reexperimentar os acontecimentos do seu passado, mas também de os ressignificar o que aponta para a dimensão terapêutica desta intervenção. Com efeito, “ao construir o texto, a narrativa de sua vida, o sujeito se re-constrói” (Silva, Barros, Nogueira, & Barros, 2007, p. 31). Segundo Junges e Bagatini (2010), Ricoeur foi o autor que mais se dedicou a trabalhar a relação entre identidade e narrativa pois, na narrativa o indivíduo “tem uma compreensão de si próprio porque consegue reunir numa síntese existencial os fragmentos da vida (...) que permite ver continuidade e identidade nos acontecimentos e acidentes que compõem a trajetória de vida e manifestar autonomia” (Junges & Bagatini, 2010, p. 182). O potencial terapêutico desta intervenção encontra-se ainda na oportunidade que é dada ao narrador para refletir sobre os acontecimentos que está a relatar fomentando a tomada de consciência de si e das representações que possui, bem como a ocasião de reorganizar o pensamento, assumindo as mudanças necessárias para promover a autonomia, reconstruindo a sua identidade (Spindola & Santos, 2003; Josso, 2007; Benedetto, Garcia. & Blasco, 2010; Junges & Bagatini, 2010).

A exposição anterior permite concluir que intervenções baseadas na história de vida têm potencial para provocar a mudança necessária à melhoria da perceção da autoestima podendo ser utilizada pelos enfermeiros no âmbito das suas competências. Efetivamente, através da relação que se estabelece entre enfermeiro e cliente, este tem oportunidade de ser escutado com empatia e atenção, de ser apoiado e ajudado, podendo ao longo da sua narrativa ser aconselhado e orientado para melhorar o julgamento que faz das suas próprias capacidades, nomeadamente através da valorização dos feitos e aspetos positivos que menciona da sua vida, da relativização dos aspetos negativos que identifica, da exploração dos sucessos anteriores, do elogio e do encorajamento, entre outras atividades defendidas pela *North American Nursing Diagnosis Association*, como podendo ser utilizadas por enfermeiros para promover a autoestima (Anexo III). Nesta relação que se estabelece pela via desta intervenção, o enfermeiro mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico procurando promover no outro a mudança necessária para que melhor se ajuste no seu processo de saúde-doença, levando-o a encontrar as estratégias e recursos para fazer face à situação que experiencia.



### 1.5. Uma abordagem sistémica de enfermagem

Subjacente à prestação de cuidados de enfermagem neste ensino clínico, esteve o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman conhecido como Modelo dos Sistemas. O modelo em causa permite uma visão holística da pessoa, entendendo-a como um sistema aberto em constante interação com o meio onde se encontra cujo equilíbrio depende da forma como reage e se adapta aos diversos estímulos, sejam internos ou externos. No centro deste sistema está a pessoa alvo de cuidados, que poderá ser uma pessoa, uma família, um grupo ou uma comunidade, em permanente interação com o que o rodeia. “Esse núcleo (...) ou estrutura central é um recurso de energia para a pessoa e se ficar comprometido a pessoa fica em risco” (Pearson & Vaughan, 1992, p. 112) surgindo um desequilíbrio e assim a probabilidade de doença. Em volta deste sistema central encontram-se as linhas de resistência que o protegem e garantem que se mantém estável e têm como função ajudar a pessoa a manter o equilíbrio entre os fatores internos e externos do ambiente. No seu conjunto as linhas de resistência formam a linha normal de defesa e nela inclui-se o sistema imunitário, os mecanismos fisiológicos, os comportamentos de adaptação ou as experiências anteriores. Por sua vez, esta linha encontra-se envolta numa linha de defesa flexível que a autora compara a um acordeón e que pode alterar-se de dia para dia, podendo ser afetada pela quantidade de descanso, o estado nutricional ou o número de interações que ocorrem em simultâneo. Entre as variáveis que podem influenciar estas linhas de defesa encontram-se as dimensões fisiológica (função e estrutura corporal), psicológica (processos de reflexão e pensamento), socioculturais, de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa da vida) e espirituais (crença espiritual) (Pearson & Vaughan, 1992; George, 1993).

Segundo George (1993), os dois principais componentes do modelo de Neuman são o *stress* e a reação ao *stress*. “Durante toda a vida cada pessoa está sujeita a agentes de *stress* considerados como estímulos que vão produzir *stress* dentro do sistema. O *stress* pode potencialmente causar um desequilíbrio ou uma perturbação na harmonia da pessoa” (Pearson & Vaughan, 1992, p. 114). Os agentes de *stress* podem ser definidos como estímulos que criam pressões e potencialmente podem gerar instabilidade para todo o sistema, podendo ser divididos em três categorias: intrapessoais (ocorrem dentro da pessoa), interpessoais (ocorrem entre duas ou mais pessoas) e extrapessoais (ocorrem fora da pessoa). A resposta a estes

agentes é que vai condicionar o aparecimento ou não de doença variando esta de “pessoa para pessoa, conforme a eficácia das linhas de defesa nessa situação particular e a rotura ocorrida dentro do sistema” (Pearson & Vaughan, 1992, p. 114).

Autores como Pearson e Vaughan (1992), George (1993) e Soares, Nóbrega e Garcia (2004) referem que Betty Neuman entende a enfermagem como uma profissão única que tem por objetivo o bem-estar ideal do sistema, ou seja, da pessoa no seu todo, através da manutenção ou restabelecimento da estabilidade, definida como saúde. Para isso devem ser feitos diagnósticos de enfermagem e definidas intervenções ao nível da prevenção primária (prevenção da desadaptação), secundária (restabelecimento do equilíbrio) e terciária (manutenção do equilíbrio). É nesta visão que foram definidos os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Partindo da consulta ao processo clínico, da avaliação inicial e da informação obtida nas entrevistas, identificando o ambiente em que a pessoa está inserida, procedeu-se à identificação dos agentes de *stress* geradores de desequilíbrio, intervindo de forma a potenciar os recursos do cliente, a manter ou recuperar o equilíbrio, entendendo-o como parceiro do plano de cuidados, com o objetivo de obter e manter a estabilidade do sistema do cliente. Também o tema central do projeto de aprendizagem que sustentou este relatório encontra lugar neste referencial teórico de enfermagem. Com efeito, pretende-se através da história de vida enquanto intervenção de enfermagem restabelecer o equilíbrio dos clientes que experienciam sintomatologia depressiva através duma melhor perceção da sua autoestima.

## 2. UM PERCURSO DE APRENDIZAGEM

*“Quando nada parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras martelando sua rocha talvez cem vezes sem que uma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas, e eu sei que não foi aquela a que conseguiu, mas todas as que vieram antes”*

*Jacob Riis (1849-1914)*

A intervenção de âmbito psicoterapêutico central deste ensino clínico já anteriormente abordada foi implementada de forma individualizada e iniciou-se pelo desejo do entrevistado em contar a sua história, num ambiente de escuta ativa, comprometida e participativa, potenciadora duma relação empática, de confiança e terapêutica, fundamental para o sucesso da intervenção. Pois, só com esta relação, poderá ser dada oportunidade ao cliente para enquanto “narra a sua história experimentar uma ressignificação do seu percurso e dar continuação à construção de um sentido frente a este relato” (Silva, Barros, Nogueira, & Barros, 2007, p. 31). Foram realizadas com cada um dos cinco participantes três sessões em dias diferentes, por forma a permitir junto do cliente a necessária reflexão e ressignificação quer dos seus relatos, quer da interação com o entrevistador. Para melhor preparar a sessão seguinte utilizaram-se registos escritos de cada uma das intervenções realizadas no respeito pelos princípios éticos, nomeadamente no que se refere à obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes e da autorização junto da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital, cuja cópia do pedido pode ser encontrada no Apêndice I. A avaliação dos efeitos da intervenção na perceção da autoestima foi obtida por meio da utilização da Escala da Autoestima de Rosenberg, na sua versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, em momento prévio e posterior à própria intervenção.

Existem várias escalas para avaliar a autoestima tendo sido selecionada para este estudo a Escala de Autoestima de Rosenberg por se tratar dum dos instrumentos de avaliação da autoestima mais antigos e universalmente aceite entre a comunidade científica. É constituída por dez afirmações, metade das quais enunciadas positivamente e a outra metade negativamente. O preenchimento é feito com uma escala tipo Likert em que para cada item existem quatro opções que são classificadas em Concordo Totalmente (4), Concordo (3), Discordo (2) e Discordo Totalmente (1). Após as devidas inversões, a média da totalidade dos itens chega a uma pontuação

total que varia entre 10 e 40, sendo que quanto mais alta mais elevada é a autoestima (Romano, Negreiros & Martins, 2007). Esta escala já foi alvo de tradução e validação para a população portuguesa através de vários estudos como Santos e Maia (1999, 2003), Azevedo e Faria (2004), Romano, Negreiros e Martins (2007) e Santos (2008) só para citar alguns dos exemplos. Em Anexo IV pode ser encontrada a versão portuguesa desta escala na adaptação de Santos e Maia (1999, 2003).

Na implementação desta intervenção foi mantido subjacente o referencial teórico de enfermagem proporcionado pelo modelo teórico de enfermagem anteriormente abordado neste relatório e conhecido como Modelo dos Sistemas. Apesar da opção metodológica referida, manteve-se presente a ideia de considerar a pessoa alvo da intervenção numa perspetiva holística que é influenciada por agentes internos e externos, cujo estado de equilíbrio denominado como saúde, depende da forma como consegue adaptar-se a essas influências. A intervenção baseada nas histórias de vida fez parte dum conjunto mais vasto de intervenções que a cada momento da interação visaram ajudar a pessoa a restaurar o equilíbrio e a perseguir o seu projeto de saúde, tendo para isso presente a importância da identificação dos fatores de *stress* passíveis de afetar a desejada harmonia de todo o sistema, ao mesmo tempo que se procurou com cada cliente as estratégias que proporcionassem uma melhor adaptação.

De uma forma geral a opção metodológica teve como pilares a recolha de informação junto do cliente a partir da intervenção definida; o recurso a uma abordagem faseada de três sessões em dias diferentes; a realização de registos escritos das interações permitindo a fixação de detalhes, o apelo a uma atitude reflexiva e, a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg enquanto instrumento de avaliação dos efeitos da intervenção na melhoria da perceção daquela dimensão. Em paralelo com todos estes pilares manteve-se o referencial teórico de Betty Neuman que considero intimamente relacionado com a saúde mental.

Conforme referido em páginas anteriores, a sustentar este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências esteve um projeto de ensino clínico que se afirmou como um documento orientador das atividades que serão agora objeto de exposição. Na sua essência serviu para promover o perfil de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

Para melhor sistematizar a exposição, as atividades referidas serão apresentadas organizadas pelos locais onde decorreu o ensino clínico, não sem antes referir algumas consideradas transversais e desenvolvidas simultaneamente e independentemente de cada um desses locais.

### ***Revisão da literatura***

A sua execução, que se manteve presente ao longo de toda a caminhada, tenha sido por iniciativa própria, provocada pelos pares, ou necessária a partir das inquietações do encontro diário com as situações e com os clientes, contribuiu para o enriquecimento dos conhecimentos acerca das temáticas relacionadas com a saúde mental, desde o comportamento humano à doença, passando pela enfermagem de saúde mental, pelo papel, competências, atitudes e intervenções do enfermeiro especialista nesta área de especialização, procurando várias fontes para a mesma temática, analisadas com sentido crítico e reflexivo, de forma a extrair o máximo de aprendizagem que cada leitura por si ou em comparação com outras poderia proporcionar. Apesar das várias áreas de conhecimento aprofundadas, estas necessitam ainda de maior desenvolvimento e investimento, por forma a garantir a sua interiorização, permanente atualização e operacionalização de conhecimentos.

### ***Frequência de sessões de formação***

Estas sessões assumiram um papel importante na aquisição de saberes, não só pelos temas apresentados, mas também pela partilha e interação com preletores e outros assistentes que, com a sua maior experiência e conhecimento, estimularam o meu desenvolvimento. Neste particular, para além das sessões de formação em serviço, destacaria as seguintes presenças:

- a) Curso de Prevenção de Depressão e do Suicídio realizado no Hospital Beatriz Ângelo. A frequência neste curso verificou-se numa fase em que ainda delineava o projeto de ensino clínico e foi importante pelos subsídios que tive oportunidade de recolher para o seu desenho. Um dos temas mais relevantes relacionou-se com o enquadramento da depressão ajudando-me a clarificar conceitos relacionados com o seu diagnóstico, epidemiologia, evolução e prognóstico, que pude posteriormente mobilizar na construção do projeto de ensino clínico e definição da sua intervenção central. Igualmente interessante foi assistir à apresentação duma experiência de

articulação com os Cuidados de Saúde Primários no âmbito da depressão e do suicídio, o que me permitiu compreender a importância de existirem na comunidade equipas de saúde mental, que estejam próximas dos clientes e possam envolver os recursos existentes, desde a família às estruturas comunitárias, conseguindo garantir uma maior acessibilidade a cuidados especializados por parte das pessoas com experiência de doença mental. Embora não fosse um tema diretamente relacionado com a temática do meu projeto, destaco uma sessão que abordou a prevenção do suicídio em serviços de internamento dum ponto de vista muito prático independentemente de serem ou não de Psiquiatria, nomeadamente no que se refere aos seus aspetos estruturais e condições físicas. Tratou-se duma apresentação que me alertou para pequenos aspetos relacionados com a estrutura física dos serviços de internamento, que até então não valorizava e para os quais fiquei desperto, que podem com facilidade ser utilizados pela pessoa com ideação suicida para concretizar a sua intenção;

- b) 2º Fórum de Enfermagem do Serviço de Psiquiatria. Nesta sessão de formação, através dum dos temas apresentados, tive oportunidade de melhor compreender a influência cultural no quadro da doença mental, nomeadamente na descrição que habitualmente é utilizada para os sintomas experienciados. Efetivamente, pessoas com origens culturais diferentes referem-se também de forma diferente aos sintomas que apresentam, nomeadamente aqueles que poderão ser mais rapidamente alvos de estigmatização, como é o caso da presença do delírio na doença esquizofrénica, que nestes casos por vezes surgem justificados através de mitos e crenças. Esta realidade foi observável no contexto de ensino clínico fruto da diversidade cultural da população abrangida. Um outro tema pertinente para o contexto de ensino clínico estava relacionado com os cuidados a pessoas com comportamentos aditivos, igualmente uma realidade que não é rara na população abrangida pelo Serviço de Psiquiatria do hospital onde decorreu o ensino clínico, seja no internamento ou na equipa comunitária. Neste particular foi importante a sistematização de sinais e sintomas do consumo das drogas mais frequentes, da identificação dos sinais de abstinência e *craving* e estratégias para lidar com pessoas nesta situação;

- c) 6º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Apesar da presença neste congresso ter ocorrido quase no final do ensino clínico e, por isso, não ter sido possível mobilizar as aprendizagens para aquele contexto, foram interessantes os temas abordados por ajudarem a consolidar os conhecimentos, nomeadamente sobre a recuperação da depressão e o dualismo entre corpo e mente abordado de diferentes perspetivas em diferentes comunicações.

Os certificados de frequência nestas sessões poderão ser encontrados no Anexo V.

### ***Interação e partilha***

Considero muito relevantes os momentos de partilha com os colegas mais experientes, nomeadamente o enfermeiro orientador, e com outros membros da equipa multidisciplinar, que sempre souberam subsidiar os meus saberes e estimular o meu processo de ensino-aprendizagem. Nesta fase não posso deixar de referir a participação nas reuniões semanais de serviço à quarta-feira, dia em que as equipas comunitárias reúnem com a equipa do internamento e ainda as reuniões do serviço de internamento que se verificam à segunda-feira. Estas reuniões multidisciplinares permitiram reconhecer a importância da articulação dos vários profissionais e da vertente comunitária com o internamento no acompanhamento da pessoa com experiência de doença mental, nomeadamente para a ajudar a concretizar o seu projeto de vida e uma adequada recuperação e reintegração familiar e social, onde me foi dado espaço para contribuir, ouvindo as minhas sugestões e esclarecendo as minhas dúvidas. Por esta via as reuniões estimularam o desenvolvimento dos meus conhecimentos e do meu vocabulário técnico e científico na área da saúde mental.

### ***Reflexão***

Considero que foi um pilar crucial ao longo deste processo, atitude que, por isso, mantive presente ao longo de todo o ensino clínico. Reconheço que a utilização da reflexão tem um papel essencial na construção da identidade do enfermeiro especialista em saúde mental, na perspetiva do seu autoconhecimento permitindo uma mais eficaz mobilização de si como instrumento terapêutico. Com efeito, a prática reflexiva permite melhorar os conhecimentos, os comportamentos, as capacidades e aptidões não só no plano pessoal como no plano profissional, contribuindo para o



desenvolvimento das qualidades enquanto pessoa e enfermeiro, através duma tomada consciência do funcionamento e estrutura da nossa personalidade, permitindo-nos descobrir melhor quem somos e como somos, aspetos fundamentais pela forma como influenciam a qualidade da comunicação e da relação que se estabelece com o outro. Tive oportunidade de refletir sobre aspetos pessoais que beneficiarão dum maior desenvolvimento da minha parte, sob pena de influenciarem o meu desempenho enquanto enfermeiro especialista em saúde mental, nomeadamente acerca daquilo que me emociona, provoca constrangimento, impotência, angústia e outros sentimentos que condicionam a minha comunicação e capacidade para implementar a relação que se deseja ser de ajuda e terapêutica. Nesta, como noutras situações, acredito que o primeiro passo para a mudança é o reconhecimento da sua necessidade e isso, está iniciado. Neste contexto procurei desenvolver no ensino clínico uma prática reflexiva sobre as vivências experienciadas de forma continuada, no final de cada dia ou perante cada situação inquietante verificada, em conjunto com o enfermeiro orientador e devidamente complementada pela leitura e pesquisa bibliográfica. Esta prática também apoiada e estimulada pelos restantes colegas, permitiu-me um melhor conhecimento de mim enquanto pessoa e enfermeiro, das minhas dificuldades e sentimentos, duma maior capacidade para reconhecer os fenómenos de transferência dos clientes e familiares, bem como a minha reação a eles, uma melhor compreensão da influência do meu comportamento e capacidades comunicacionais na reação do outro, e ainda um melhor domínio das minhas emoções, dimensões fundamentais pela sua previsível implicação na comunicação e na relação.

Através destes momentos de reflexão que induzem o autoconhecimento tomei consciência dos meus limites o que é crucial para o meu desenvolvimento e para potenciar a minha atuação junto dos clientes.

Resumindo, considero que as principais atividades desenvolvidas ao longo de todo o ensino clínico foram a revisão da literatura; a frequência de sessões de formação sobre temas relacionados com o projeto e com a saúde mental no geral; a partilha com o orientador e outros colegas que enriqueceram a minha experiência e a reflexão, atividade transversal a todo o projeto, desde a sua génese até ao final deste relatório, e por isso incluída em todas as outras. Nesta fase da abordagem das atividades desenvolvidas em contexto de ensino clínico, para uma melhor



organização, opta-se a partir deste ponto pela sua descrição dividida pelos locais de ensino clínico, nomeadamente as que se desenvolveram em contexto de internamento e as que aconteceram durante a permanência na equipa comunitária.

## **2.1. Unidade de internamento**

A primeira parte deste ensino clínico decorreu na unidade de internamento de doentes agudos do Serviço de Psiquiatria dum hospital da região de Lisboa. Esta unidade de internamento tem 29 camas e conta com uma equipa constituída por quatro psiquiatras, dezasseis enfermeiros, um funcionário administrativo, um terapeuta ocupacional e o apoio de quatro assistentes sociais. Esta unidade destina-se ao internamento de clientes com experiência de doença mental na sua fase aguda sendo desenvolvidas diversas atividades com vista à respetiva reabilitação. A alta é pensada desde o início do internamento sendo cuidadosamente preparada e articulada com a equipa que vai manter o acompanhamento de cada caso, seja na comunidade, seja ao nível do Hospital de Dia. Neste serviço são ainda realizados tratamentos recorrendo à electroconvulsivoterapia, seja a clientes internados, seja a clientes em regime ambulatorio. Entre os diagnósticos clínicos mais presentes nesta unidade contam-se a depressão e a doença bipolar.

Ao chegar a este serviço dediquei-me, numa fase inicial, a conhecer os colegas, as rotinas e os procedimentos mais habituais no serviço, esforçando-me por me integrar tão rapidamente quanto possível na dinâmica do serviço e na própria equipa. Esta atitude facilitada pelo orientador e demais colegas, aumentou o meu nível de segurança e confiança, vindo posteriormente a influenciar positivamente o meu desempenho particularmente na abordagem inicial dos clientes e o meu e à-vontade para esclarecer dúvidas e para procurar oportunidades de aprendizagem junto dos mais experientes. Tratando-se dum serviço específico mas muito diversificado no que respeita às patologias encontradas, considero que a integração foi facilitada pelo facto de ter presente o espírito crítico e a capacidade de observação desenvolvida.

### ***As entrevistas de acolhimento***

Durante a permanência neste serviço tive oportunidade de realizar entrevistas de acolhimento a clientes no momento da sua admissão, na sua maioria provenientes do Serviço de Urgência. Estas entrevistas iniciais são um momento privilegiado para

iniciar a relação de confiança, alicerce no qual virão a assentar as intervenções terapêuticas ao longo do internamento, para conhecer a pessoa e o ambiente onde vive e para auscultar as suas expectativas relativamente ao internamento e profissionais que a irão acompanhar. Apesar de existir um guia de acolhimento e uma folha de avaliação inicial, complementei a recolha de informação à luz dos princípios do processo de enfermagem com base no modelo de Betty Neuman que, posteriormente, esteve subjacente à definição das intervenções de enfermagem e elaboração dos respetivos planos de cuidados que foram sendo atualizados em resultado da avaliação dos seus resultados, obtidos quer através da observação do comportamento dos clientes, quer em entrevistas posteriores de seguimento. Para além de recorrer à linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem na elaboração dos planos de cuidados, de forma a esbater a minha insegurança, senti necessidade nas primeiras interações de utilizar auxiliares de memória com as questões que não queria negligenciar, revelando-se instrumentos úteis na orientação da minha intervenção, contribuindo para melhorar a consistência da minha atuação.

Estas entrevistas de acolhimento foram muito importantes para o meu processo de ensino-aprendizagem, ajudando-me a mobilizar conhecimentos, treinar técnicas de comunicação e conquistar a confiança dos clientes. Contudo, penso que também é importante salientar que estes momentos de interação enfermeiro-cliente são de absoluta relevância para o desenvolvimento do processo de ajustamento saúde-doença do cliente, pois são o seu efetivo primeiro contacto com a equipa e com o serviço de internamento.

### ***Relação com os clientes***

Ao longo dos diversos momentos de interação com os clientes procurei fortalecer a relação de forma a promover as mudanças necessárias à recuperação da sua saúde mental, aconselhando, mostrando disponibilidade, utilizando uma escuta ativa, garantindo a privacidade e mantendo presente a importância das técnicas comunicacionais, verbais e não-verbais, e sua implicação no processo terapêutico, ajudando-os a recuperar a sua autonomia na gestão da doença e da medicação, promovendo o seu *insight* e procurando estratégias para lidar com os problemas, numa perspetiva de *empowerment* das capacidades individuais e recursos disponíveis, incluindo a família. Também foi possível interagir com familiares e

peessoas significativas o que contribuiu para melhor conhecer os clientes internados e os recursos que têm à sua disposição no local onde vivem e assim completar a elaboração de ferramentas como genogramas e ecomapas, permitindo ainda o seu envolvimento no processo terapêutico e na preparação para alta da pessoa com experiência de doença mental, promovendo a sua autonomia e reintegração social. Importante ao longo das diversas interações foram as oportunas correções e reflexões proporcionadas pelo enfermeiro orientador e pelos colegas mais experientes, nomeadamente os especialistas em saúde mental, que ajudaram a ultrapassar as inseguranças e dificuldades para iniciar e manter o diálogo verificadas nas primeiras experiências e que carecem ainda de maior desenvolvimento. Apesar de ter procurado mobilizar as técnicas comunicacionais e a minha experiência como enfermeiro, considero que o ambiente dum internamento de agudos pode tornar-se uma limitação inicial à abordagem da pessoa com experiência de doença mental.

### ***Registos de enfermagem***

No período em que permaneci nesta unidade, tive ainda oportunidade de proceder à consulta de processos clínicos e à elaboração de registos de enfermagem no suporte informático existente, procurando utilizar uma linguagem e estrutura adequadas, contendo a informação relevante, que promoveram a aquisição dum discurso e vocabulários corretos e pertinentes, tentando demonstrar domínio dos conceitos e garantindo a transmissão da informação necessária à continuidade dos cuidados. Similarmente, a participação nas passagens de turno, foi um fator promotor da aprendizagem da linguagem técnica, das manifestações da doença mental, identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, planeamento de intervenções e avaliação dos seus resultados.

Ao longo deste ensino clínico procurei perante as situações concretas que me foram colocadas a aplicação dos conhecimentos teóricos e a incorporação das experiências adquiridas em casos anteriores, numa ótica de melhoria contínua, assumindo as minhas dúvidas e erros, pedindo ajuda sempre que necessário, demonstrando motivação, interesse, empenho e sentido de responsabilidade o que terá contribuído para o desenvolvimento de competências e aquisição de outras que, com mais tempo, teriam atingido um maior nível de consolidação. Reconheço ainda ter pela frente um caminho de aprendizagem em situações concretas como por

exemplo a abordagem da agressividade e hostilidade numa perspetiva de não exacerbar esses comportamentos, sobretudo perante o delírio. Outra oportunidade de desenvolvimento está no reconhecimento e capacidade para validar algumas condutas pontuais de clientes, como sejam as tendências para atuarem numa perspetiva daquilo que é o socialmente aceite, sobretudo não os confundindo com comportamentos adequados, o que poderá prejudicar a avaliação e identificação que faço das necessidades de cuidados.

### ***Intervir em situações de crise***

Ao nível da atuação perante os clientes internados e seus familiares destacaria ainda a intervenção nas situações de crise sobretudo observáveis no momento da admissão ou quando começam a formar-se a consciência quer dos comportamentos que motivaram essa admissão quer das previsíveis dificuldades no regresso à comunidade, por receio do estigma e da confrontação com vizinhos, surgindo frequentemente nestas situações reações de labilidade emocional e desesperança. Efetivamente podemos observar uma diminuição do bem-estar emocional, da autoestima e da esperança, não só com a melhoria do *insight*, enquanto tomada de consciência de que se está doente, da respetiva sintomatologia e da alteração do comportamento, bem como na formação do auto-estigma, entendido como a interiorização de imagens e conceitos negativos relativos à doença mental e às capacidades e comportamentos das pessoas que a experienciam. Apesar das várias definições de crise, provenientes de diversos autores, essencialmente todos defendem que se trata de uma resposta desadaptada perante um acontecimento percecionado como ameaçador, que surge de forma inesperada, assumido como insuperável, provocando sentimentos que levam a um desequilíbrio que a pessoa não consegue resolver pelos seus mecanismos habituais. A intervenção nestas situações, seja junto de clientes ou familiares, é na minha opinião um desafio para a intervenção especializada da enfermagem na área da saúde mental. Torna-se é necessário rapidamente compreender que estamos perante uma situação em que os mecanismos de *coping* habituais não foram suficientes para resolver o problema ou ameaça percecionada, e que a intervenção deve procurar o rápido restabelecimento do equilíbrio, deixando para outras ocasiões a verdadeira análise dos fatores desencadeantes, dos comportamentos ou da interpretação das razões que motivaram a crise (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2009; Townsend, 2011). Assim a minha atuação

nestas situações fez-se numa perspetiva de ajudar a pessoa a encontrar as estratégias que visem o alívio do sofrimento mental experienciado. Nesse sentido procurei proporcionar uma atmosfera tranquila e de segurança, demonstrando disponibilidade, apoiando e aconselhando, escutando ativamente e encorajando a expressão de sentimentos. A atuação no contexto da crise é reveladora da autonomia do enfermeiro especialista, pois trata-se duma intervenção desencadeada de forma autónoma, numa situação sensível aos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental. Acredito que a minha prestação neste contexto beneficiou os clientes alvo da minha intervenção que foi apoiada e supervisionada pelos colegas mais experientes, tendo recebido deles análises encorajadoras para o meu desempenho, sobretudo ao nível da minha reação emocional e das técnicas da comunicação que, apesar de tudo, teriam beneficiado dum maior número de experiências este género. Concluo referindo que numa situação de crise a postura do enfermeiro assume colossal importância uma vez que, para além das técnicas comunicacionais utilizadas, tem de ser mantida a congruência entre as ações, nomeadamente entre a comunicação verbal e a não-verbal, preservando uma postura confiante e confiável.

### ***Promover a adesão à terapêutica***

Ainda no âmbito do desenvolvimento das minhas competências tive oportunidade de planear e desenvolver uma sessão dirigida aos clientes internados no Serviço de Psiquiatria subordinada ao tema da adesão a regime terapêutico indo de encontro ao preconizado nas competências específicas e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental. Esta é uma intervenção de âmbito psicoeducacional e ao mesmo tempo visa a adequação das respostas dos clientes aos problemas relacionados com a doença mental, com o objetivo de manter e melhorar a sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, 2011). A sessão, desenvolvida sob supervisão, foi suportada pela utilização de diapositivos e pela distribuição dum *flyer*, tendo sido alvo de grande adesão por parte dos clientes internados, num total de doze pessoas. A realização desta sessão foi gratificante, sobretudo pela participação dos clientes que comentaram, colocaram dúvidas pertinentes e partilharam em grupo as suas próprias experiências de abandono da medicação, demonstrando-se muito interessados em conhecer estratégias que os ajudem a não abandonar o regime terapêutico. Este tipo de reuniões são bem recebidas pela população internada pois para além de abordarem temáticas do seu

interesse, constituem-se com uma quebra da rotina, uma oportunidade para a socialização e para reforçar a confiança na equipa de saúde. Tive oportunidade de constatar este facto não só por via da observação como também através do indicador de resultado, construído a partir da classificação dos resultados de enfermagem da *North American Nursing Diagnoses Association* que, juntamente com o planeamento da sessão, diapositivos e folheto utilizados pode ser encontrado no Apêndice II. Por outro lado, esta sessão foi alvo de elogios por parte do enfermeiro orientador e outros colegas presentes, o que acabou por melhorar a minha confiança e reforçar o reconhecimento das minhas capacidades no seio da equipa, tendo-se afirmado importante não só no desenvolvimento das minhas competências na realização destas intervenções, como também no aprofundamento dos meus conhecimentos acerca da problemática da adesão à terapêutica e da interação com os clientes.

### **Reuniões de grupo**

Ainda no que se refere a sessões de grupo, pude participar em reuniões organizadas no serviço sem tema específico e nas quais foi dada a liberdade aos clientes para num contexto de grupo, abordarem de forma livre e espontânea um tema que desejassem, desde que relacionado com a doença mental. Estas sessões tiveram por objetivo promover a socialização entre a população internada, observar posturas e comportamentos sociais, promover a confiança dos clientes na equipa de saúde e no estabelecimento de relações entre eles e a equipa. As sessões são co-construídas com os participantes uma vez que vão sendo utilizando os temas que vão surgindo, a partir dos quais é possível intervir na melhoria do *insight* dos participantes, promover o conhecimento da doença mental, desmistificar alguns estigmas e preconceitos, clarificar dúvidas e expectativas, promover a partilha e troca de experiências e ainda promover a adesão ao tratamento e educar para a saúde. Por outro lado, é possível no contexto da socialização em grupo verificar discursos e comportamentos que em interações individuais dificilmente seriam observáveis e, assim, identificar novas necessidades de cuidados de enfermagem. Habitualmente, estes momentos são muito dinâmicos, procurando os terapeutas conduzir a reunião evitando as dispersões mas mantendo o interesse e participação, num esforço acrescido uma vez que não existe uma preparação prévia sobre um tema específico. Daquilo que pude verificar, a população internada tem tendência para falar sobre as rotinas do serviço, a privação de liberdade que o internamento implica, as regras que são impostas e a vontade em

ter alta clínica. Pessoalmente senti mais à vontade e segurança para a partir deste último aspeto promover o conhecimento da doença, sua sintomatologia e da importância da adesão ao regime terapêutico, procurando promover o *insight* dos participantes e o confronto com a expectativa do regresso a casa, no sentido de reforçar a importância dum projeto de vida e de saúde. Apesar desse esforço, estas reuniões permitiram-me desenvolver competências e habilidades, procurando a partir da espontaneidade dos participantes construir uma intervenção terapêutica promotora da melhoria da saúde, num esforço de adaptação permanente, e de mobilização das técnicas da comunicação e da intervenção em grupo, tornando-a por isso aliciante e enriquecedora do ponto de vista da aprendizagem e desenvolvimento das competências desejáveis para um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

### ***Eletroconvulsivoterapia***

Relativamente às atividades desenvolvidas neste contexto de ensino clínico, embora não fazendo parte do projeto, destacaria ainda a oportunidade de participar nos tratamentos com recurso à eletroconvulsivoterapia, realizados na unidade de internamento. Neste particular tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem a clientes submetidos a esta intervenção, deste o momento da sua admissão até à alta. Para além da execução de algumas técnicas mais específicas deste tratamento, destacaria as intervenções de âmbito mais especializado como o estabelecimento de relações empáticas que permite à pessoa falar sobre os seus conhecimentos acerca de doença mental e da electroconvulsivoterapia. Estas concorrem para a expressão de sentimentos e emoções pelos clientes, sendo aproveitadas para informar, esclarecer e desmistificar, promovendo o encontro de estratégias que visem uma melhor adaptação à situação, num ambiente de escuta e disponibilidade.

### ***Controlo da infeção hospitalar***

Uma outra atividade não programada foi o contributo que pude dar com a elaboração duma sessão de reflexão e partilha dedicada à temática do controlo da infeção hospitalar, nomeadamente no que diz respeito à atuação perante clientes colonizados ou infetados com microrganismos alerta como o *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus*. Na verdade, perante um cliente que durante o seu internamento se veio a verificar estar contaminado por esta bactéria, disponibilizei-me



para realizar a referida sessão, partilhando os conhecimentos e experiências obtidos na minha realidade profissional, contribuindo assim para fomentar a atualização da equipa perante uma situação que está fora da sua prática habitual. A minha disponibilidade foi prontamente aceite pelos colegas estando presentes nessa sessão cerca de vinte e uma pessoas, seis das quais eram estudantes da licenciatura em enfermagem. A minha prestação nesta sessão, bem como os suportes utilizados, foram alvo de elogios o que foi extremamente gratificante, contribuindo para a minha integração no serviço e na equipa. Por outro lado, a participação e discussão conseguida no final da sessão, não só veio corroborar o interesse da assistência como me fez acreditar no seu sucesso ao nível da atualização dos seus conhecimentos. Os diapositivos utilizados nesta sessão encontram-se no Apêndice III.

### ***Promoção da autoestima***

Desenvolvida no contexto do internamento foi a intervenção central do projeto de aquisição e desenvolvimento de competências que serviu de suporte a este ensino clínico e que consistiu em implementar uma estratégia de intervenção terapêutica que vise a promoção da autoestima na pessoa com sintomatologia depressiva. Nesta fase recordei que é intenção deste trabalho transpor esta intervenção e as aprendizagens conseguidas para a minha realidade profissional, dirigindo-a às pessoas a experienciar síndromes depressivas em contexto de ajustamento ao seu processo de doença, nomeadamente nas situações de alteração da imagem corporal resultantes de cirurgias do foro oncológico. Procurando garantir o sucesso desta intervenção foram em primeiro lugar aprofundados os conhecimentos sobre os temas da depressão e suas repercussões na pessoa ao nível do comportamento e da autoestima e sobre utilização da história de vida como intervenção de âmbito psicoterapêutico capaz de provocar melhoria da perceção daquela dimensão. Procedeu-se à leitura e pesquisa da evidência científica sobre a temática e sua discussão e partilha com colegas e outros profissionais que, com os seus subsídios, reforçaram a motivação para a sua implementação.

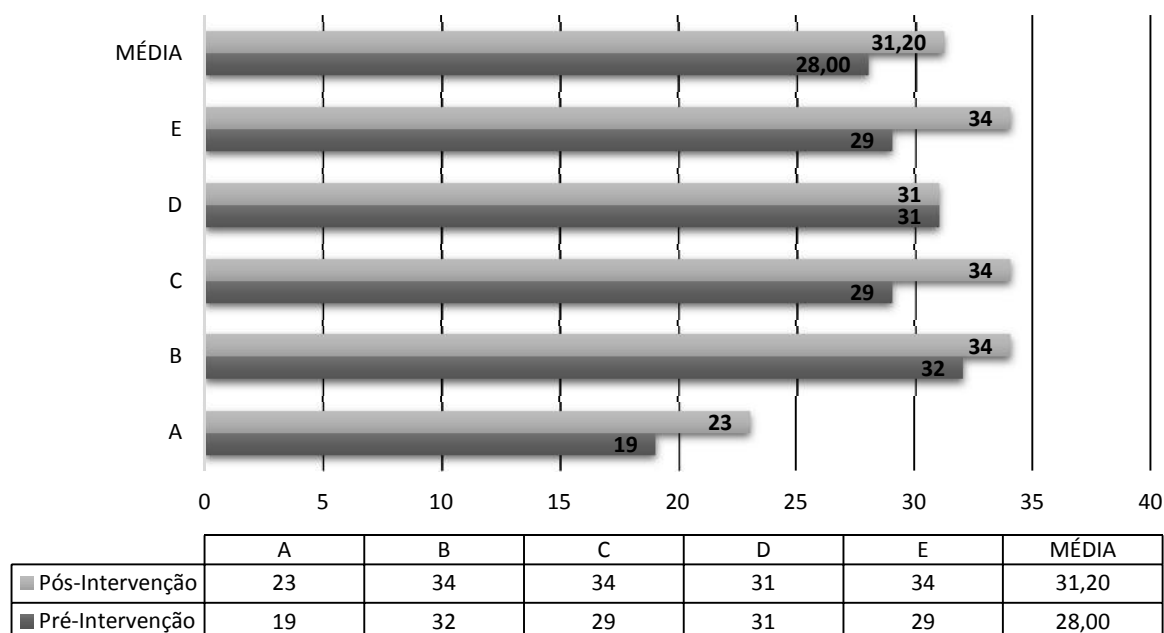
Do ponto de vista mais operacional, delineou-se a implementação desta intervenção recorrendo a três sessões a desenvolver em dias diferentes, sendo o impacto na melhoria da perceção da autoestima avaliado pela aplicação da Escala da Autoestima de Rosenberg antes e depois da intervenção. Esta opção metodológica acabou por condicionar fortemente a dimensão da amostra, resumindo-a a cinco



peessoas, situação não prevista inicialmente. Na origem deste problema esteve o desenho da implementação da intervenção que, apesar de ter sido iniciada e mantida com mais pessoas, por terem tido alta, não foi possível chegar à terceira sessão e assim aplicar o instrumento de avaliação no final da intervenção. Efetivamente a dimensão temporal do ensino clínico e o número de contactos semanais com o contexto não permitiram realizar com todos os participantes as três sessões inicialmente previstas levando à sua exclusão do estudo. Esta reduzida dimensão de participantes que concluíram todas as fases do estudo acaba por dificultar a generalização das conclusões conseguidas com esta intervenção. Os dois homens e três mulheres envolvidos, com idades compreendidas entre os 23 e os 72 anos, aceitaram participar livremente na intervenção após uma primeira sessão em que foram explicados os objetivos da intervenção, os moldes previstos para o seu desenvolvimento, e preenchido o instrumento de avaliação da autoestima definido. Nesta primeira sessão deu-se prioridade ao estabelecimento da relação de confiança, empática e terapêutica, que permitisse ao cliente expressar-se livremente e sem receios, sobre o seu passado e sobre a sua experiência de vida. Iniciou-se as entrevistas pedindo às pessoas que enumerassem, descrevessem e comentassem um aspeto que considerassem verdadeiramente positivo do seu passado ou, em alternativa, uma atividade que habitualmente desenvolvessem e lhes transmitisse uma sensação de prazer ou gratificação. Orientou-se as narrativas geradas para levar os clientes a falar livremente dos aspetos que consideravam mais positivos na sua existência. Para que isto fosse possível, procurou-se que as entrevistas decorressem num ambiente de tranquilidade e sem interrupções, ouvindo com atenção, procurando conquistar a confiança e demonstrando total disponibilidade. Apesar da inexperiência e insegurança iniciais que se foram desvanecendo com o tempo e a supervisão, pude constatar que na generalidade das interações as pessoas falam com facilidade do seu passado, provavelmente apenas pelo facto de terem ali alguém disposto a ouvi-las com tempo e sem as julgar. É sem receios que respondem às questões que vão sendo colocadas sobre aquilo que consideram feitos ou vitórias pessoais e se deixam guiar para abordar estes e outros aspetos positivos da sua vida como a constituição de família num dos casos, o nascimento dum neto noutro caso, a conclusão do curso superior, as estratégias que utilizaram no passado para ultrapassar episódios semelhantes de tristeza e depressão, aquilo que as faz rir, isto apenas para citar alguns exemplos. Destas entrevistas foram produzidos registos escritos passíveis de

virem a ser mobilizados ao longo da intervenção, nomeadamente nas sessões seguintes. Na segunda e terceiras sessões, embora houvesse espaço para contar novas histórias, foi dado ênfase à mobilização dos registos anteriores, procurando reforçar e chamar a atenção para os aspetos que tinham sido considerados positivos pelos próprios clientes, acreditando serem estes os mais pertinentes na promoção duma melhor perceção das qualidades do próprio e assim da sua autoestima. Na última interação foi novamente preenchida a Escala da Autoestima de Rosenberg. Os resultados da avaliação da autoestima pré e pós intervenção podem ser verificados no gráfico 1.

Gráfico 1. Avaliação da Escala da Autoestima de Rosenberg Pré e Pós-Intervenção



Numa primeira observação dos resultados obtidos, verifica-se que dos cinco clientes estudados, obtemos para o primeiro período de análise uma pontuação média de 28 pontos, enquanto após a intervenção de enfermagem a média sobe para 31,20 pontos. O valor mínimo obtido na primeira avaliação foi de 19 pontos e a moda de 29, enquanto na segunda análise o mínimo foi de 23 e a moda 34 pontos. Os resultados médios obtidos foram comparados de forma a verificar o impacto positivo que a intervenção de enfermagem teve na autoestima dos participantes. Face à dimensão da amostra e aos valores médios obtidos antes e depois da intervenção, podemos concluir que para um nível de significância de 5% o nível de autoestima foi superior após a intervenção de enfermagem.

No entanto, pode verificar-se que apenas um dos cinco participantes, identificado como “D” no estudo, não apresentou segundo a Escala da Autoestima de Rosenberg qualquer melhoria na percepção da sua autoestima após a intervenção. Com a ajuda do enfermeiro orientador pude, neste caso concreto, concluir que este facto se poderá ter ficado a dever à atitude da cliente perante a intervenção, que embora a tendo aceite, esta poderá ter sido proposta precocemente, numa fase em que o *insight*/juízo crítico para a doença e motivo do internamento eram ainda significativamente reduzidos. Com efeito tratava-se duma jovem internada na sequência de insónia e agitação por abandono do regime terapêutico que desejava a alta verbalizando tristeza e desânimo por estar internada. Nas suas palavras não se justificava a sua manutenção naquele local, referindo sentir-se com capacidade para regressar a casa. Este quadro poderá ter levado a cliente a participar na intervenção essencialmente com o intuito de agradar e mostrar à equipa a sua capacidade para colaborar e envolver-se em atividades que lhe fossem propostas, acabando provavelmente por participar de forma não completamente aberta e espontânea na intervenção e no preenchimento do instrumento de avaliação.

Globalmente, a implementação desta intervenção proporcionou na minha opinião momentos únicos. Para a generalidade dos participantes que percecionaram uma melhoria da sua autoestima considero ter proporcionado oportunidades para que fossem escutados com atenção e, pelo reforço das narrativas que os próprios me foram fazendo, percebi que a avaliação que fazem das suas próprias capacidades evoluiu positivamente, tendo de alguma forma contribuído para que se sentissem mais capazes para mobilizar recursos e encontrar estratégias para lidar com a sua experiência de sintomatologia depressiva. Ou seja, por via desta intervenção foi possível a ressignificação das capacidades individuais e a sua mobilização para uma nova perspetiva sobre o problema que atualmente experienciam, promovendo assim novas estratégias de *coping*. Para mim, apesar da minha inexperiência e insegurança inicial, sentimentos que foram sendo ultrapassados com o acumular dum maior número de interações, estas entrevistas assumiram-se como importantes momentos de ensino-aprendizagem. A reflexão proporcionada pelas narrativas que me foram sendo apresentadas, em algumas das quais me pude rever, ajudaram-me no desenvolvimento e consolidação do conhecimento de mim próprio. Por outro lado, as interações tidas com os clientes permitiram aprofundar as minhas competências ao nível do estabelecimento de relações terapêuticas, sobretudo no que diz respeito ao

domínio das técnicas de comunicação verbal e não-verbal e à gestão das emoções, sentimentos e fenómenos presentes na relação como as resistências e os impasses.

No que diz respeito à implementação da intervenção, olhando para o percurso efetuado, acredito que teria sido possível envolver mais participantes caso o seu desenho tivesse sido diferente, o que poderia apresentar vantagens no que diz respeito à análise dos resultados obtidos. Efetivamente considero hoje que teria sido benéfico encontrar estratégias que permitissem ultrapassar o constrangimento da não realização do número total de sessões em alguns clientes, especialmente nos casos em que houve alta clínica, o que poderia ter sido colmatado com uma organização diferente das presenças no local de ensino clínico. Por outro lado, embora não estivesse previsto inicialmente, esta intervenção poderia ter sido implementada no contexto da equipa comunitária. Embora esta hipótese tivesse sido descartada à partida por receio de não encontrar pessoas a experienciar sintomatologia depressiva e baixa da sua autoestima, talvez por acreditar que uma vez na comunidade teriam a sua sintomatologia depressiva menos evidente, pude posteriormente verificar que esta conclusão não só está errada, como as visitas regulares dos clientes ao Centro de Saúde teriam contribuído para viabilizar a implementação desta intervenção.

Em jeito de conclusão, e face aos resultados positivos obtidos, pode-se afirmar que uma intervenção baseada nas histórias de vida, enfatizando e reforçando os aspetos que o cliente considera como mais positivos na sua vida, permitem-lhe um reencontro consigo próprio naquele momento em particular, atribuir um outro sentido aos acontecimentos, ressignificando o momento atual e assim conseguir capacidades e estratégias que ajudem a ultrapassar o processo de sofrimento que experiencia, nomeadamente através duma melhor perceção do seu valor e da sua autoestima. A recordação das vivências permite analisar o passado, compreender as mudanças, facilita a adaptação ao momento atual e as transições e promove a autoimagem (Gonçalves & Martin, 2007). A explicar este movimento estão os conceitos a psicodinâmica que entendem o comportamento como o produto de forças psicológicas que interagem dentro da pessoa, muitas vezes de forma inconsciente, cuja compreensão pode ajudar o indivíduo a encontrar estratégias para gerir o sofrimento mental. É através da relação estabelecida e da narrativa de vida da pessoa que estão acessíveis e poderão ser compreendidos os padrões de comportamento e a sintomatologia em que se traduzem, com o objetivo de assim reduzir o atual mal-estar (Gorgati, Holcberg & Oliveira, 2002; Pires, 2008). A intervenção de âmbito

psicoterapêutico baseada nas histórias de vida é portanto uma intervenção pertinente na construção duma melhor perceção da autoestima e que pode ser utilizada autonomamente pelo enfermeiro especialista em saúde mental no âmbito das suas competências específicas perante pessoas com sintomatologia depressiva durante o fenómeno de adaptação saúde-doença.

## **2.2. Equipa comunitária**

Um segundo módulo deste ensino clínico, se assim lhe podemos chamar, foi desenvolvido numa das unidades funcionais comunitárias do Serviço de Psiquiatria selecionado e pertencente a um hospital da área de Lisboa como já anteriormente referido. No total existem neste serviço quatro equipas comunitárias, cada uma delas sediada num dos Centros de saúde da respetiva área de influência. Esta proximidade em relação à comunidade e residência dos clientes torna a intervenção na área da saúde mental mais acessível, facilita a intervenção dos profissionais e possibilita o envolvimento de familiares e outros membros da comunidade na reabilitação e reinserção social da pessoa com doença mental, promovendo ainda a articulação com os outros profissionais dos cuidados de saúde primários. Cada uma destas equipas que funciona diretamente na comunidade articula-se com a unidade de internamento, sendo compostas por dois enfermeiros, um ou dois psiquiatras, um psicólogo, uma assistente social e uma funcionária administrativa. As equipas comunitárias estão disponíveis no Centro de Saúde quatro dias por semana tendo em atenção que à quarta-feira todas reúnem no hospital com a equipa do internamento. Nos Centros de Saúde desenvolvem diversas atividades que vão desde a intervenção de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional individual ou de grupo, às visitas domiciliárias, passando pela articulação com as mais diversas estruturas da comunidade, sejam ou não estatais ou governamentais. No que diz respeito ao método de trabalho adotado pelos enfermeiros destas equipas, é utilizada a figura do gestor de caso, encontrando-se os clientes de cada equipa distribuídos pelos elementos de enfermagem existentes. Havendo sempre uma partilha e conhecimento geral de todos os clientes, a realidade é que esta metodologia permite melhor desenvolver e alicerçar a relação de confiança e terapêutica por via dum maior e melhor conhecimento das pessoas com doença mental e dos seus recursos pessoais, familiares e comunitários, que poderão ser mobilizados no sentido de facilitar a adaptação à situação de doença. Ao nível da

comunidade destaca-se a existência de duas estruturas de avaliação e reabilitação psicossocial, o grupo espaço@com e o grupo Prepare. Nascida por iniciativa dos profissionais do serviço e de familiares de pessoas com doença mental, existe ainda a Associação Recomeço, atualmente uma Instituição Particular de Solidariedade Social que se dedica ao desenvolvimento de diversos programas que visam a reabilitação psicossocial e integração na comunidade de pessoas com doença de evolução prolongada, contando com diversos apoios, incluindo da Câmara Municipal, e dispondo de fóruns sócio ocupacionais e residências protegidas.

Numa fase inicial do meu ensino clínico nesta unidade foi-me apresentada a equipa, mostradas as instalações e explicadas as rotinas e procedimentos mais comuns. Nesta equipa comunitária as visitas domiciliárias são asseguradas à segunda-feira, alternadamente por cada uma das enfermeiras, mantendo-se a outra no Centro de Saúde. Retirando a quarta-feira em que reúnem com a equipa do internamento, os restantes dias estão disponíveis para atender os clientes e seus familiares que ali acorrem.

### ***Consultas de enfermagem de saúde mental***

Nos primeiros contatos com os clientes nas consultas de enfermagem procurei iniciar relações de confiança com os clientes, o que por vezes foi difícil na medida em que já existe uma relação estabelecida com o enfermeiro de referência, algumas vezes com anos de duração. A presença de alguém desconhecido é visto com natural desconfiança, sobretudo numa fase inicial, sentimento que se foi esbatendo com o tempo e interações seguintes, permitindo-me passar duma atitude passiva e de observação para momentos em que pude intervir junto das pessoas. Para além da intervenção com fins terapêuticos é também importante manter presente que é nestas situações que muitas vezes se avaliam necessidades de intervenção de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, outros elementos do Centro de Saúde, estruturas, entidades e organizações comunitárias e ainda familiares ou pessoas próximas. Neste local em particular tive oportunidade de aproveitar as consultas de enfermagem destinadas à administração de terapêutica intramuscular de longa duração para sob supervisão desenvolver relações empáticas, e fazendo uso das técnicas da comunicação, mostrar disponibilidade e interesse, ouvir com atenção e assim aconselhar e apoiar, procurando mobilizar os recursos da pessoa com experiência de doença mental, ajudando-a a adaptar-se e a encontrar soluções para

os problemas que enfrenta. Uma outra atividade que destaco foi a oportunidade de participar em consultas de enfermagem destinadas à toma assistida de medicação oral. Trata-se dum momento revelador da autonomia do enfermeiro especialista que observando a pouca capacidade de autonomia e adesão à terapêutica de cada cliente individualmente vai, com base na avaliação que faz, promovendo a sua independência através da preparação e o fornecimento de medicamentos para um cada vez maior número de dias devidamente organizados em caixas para esse efeito. Concretamente verifiquei ao longo do ensino clínico a evolução positiva duma cliente com dificuldade em gerir adequadamente os horários da medicação e que aceitou negociar e deixar a terapêutica à guarda da equipa. Foi então possível ir fornecendo a medicação previamente preparada para cada administração diária, período que depois foi sendo alargado e assim controlar a sintomatologia que apresentava, como a desesperança, insónia, adinamia e desinteresse pelas atividades de vida, melhorando significativamente a sua qualidade de vida e adaptação à doença. No que se refere à adesão à terapêutica pude ainda intervir neste contexto, seja através da deslocação a locais habitualmente frequentados pelos clientes, promovendo a sua deslocação ao Centro de Saúde para administração da medicação, seja através do contacto telefónico com o próprio ou com pessoa significativa com o mesmo objetivo, o que permitiu contribuir para a prevenção de recaídas e reinternamentos, atuando com vista à manutenção e melhoria da saúde mental destas pessoas.

### ***Intervir em situações de crise***

Também durante a permanência no Centro de Saúde tive oportunidade de intervir em situações de crise em condições semelhantes e com os mesmos objetivos que referi para o internamento. Na equipa comunitária, esta intervenção surge necessária tanto junto de pessoas com experiência de doença mental como dos seus familiares. Os primeiros apresentam sinais de descompensação seja pela dificuldade em concretizar o seu projeto de vida, seja no cumprimento do regime terapêutico, sendo neste particular muitas vezes a promoção da autonomia insuficiente, tendo a equipa de adotar estratégias de supervisão da medicação devidamente negociadas e aceites com os clientes como as referidas anteriormente. Os familiares, por sua vez, recorrem sobretudo quando vêm esgotadas as suas capacidades para lidar com a situação e com as envolventes da doença mental, nomeadamente na agudização do



quadro clínico, procurando neste particular ajuda, aconselhamento e orientação junto da equipa de enfermagem.

### ***Visitas domiciliárias***

Momento privilegiado de atuação na comunidade são as visitas domiciliárias, sendo que naquelas em que participei foram motivadas pela necessidade de se proceder à administração de terapêutica intramuscular de longa duração. Os motivos para que os clientes não se desloquem ao Centro de Saúde para este fim são diversos e vão desde a incapacidade física, à ausência de transportes ou à má adesão ao regime medicamentoso. Apesar dos clientes receberem a visita dos profissionais de saúde com agrado, nas primeiras visitas senti maiores dificuldades pois era naturalmente observado com desconfiança por ser desconhecido das pessoas, situação que foi sendo paulatinamente ultrapassada. Independentemente dos motivos que estão na origem da visita domiciliária, esta intervenção permite o melhor conhecimento do cliente e do ambiente em que vive, identificar e mobilizar os seus recursos particulares, incluindo familiares e vizinhos, educar, informar e realizar intervenções que visem a melhoria da sua qualidade de vida, que vão desde o aconselhamento à educação para a saúde, sobre temas da doença mental ou outros de âmbito mais geral, como a alimentação, atividade física ou outras doenças crónicas e terapêuticas não pertencentes à saúde mental, área em que pude dar um contributo pessoal, fruto das aprendizagens obtidas ao longo do meu percurso profissional.

### ***Articulação com instituições da comunidade***

Durante o ensino clínico na equipa comunitária tive ainda oportunidade de me deslocar a uma Organização Não Governamental que se dedica ao apoio a pessoas com perturbação ou doença mental para promover a articulação e integração dum cliente nesta instituição de forma a permitir a sua frequência nos fóruns ocupacionais durante o dia. Tratou-se duma pessoa com experiência de doença mental que se viu confrontado com o facto de ter ficado a viver sozinho sem qualquer apoio na sequência dum internamento dos seus pais. Caso não se tivesse conseguido este apoio estaríamos perante um caso de grande dificuldade em gerir o quotidiano e satisfazer algumas das necessidades básicas, como a alimentação, com as previsíveis consequências que daí poderiam advir, nomeadamente no que diz respeito à manutenção desta pessoa na comunidade. Foi uma oportunidade privilegiada para



conhecer a forma como se fazem estas referenciações, para reconhecer a autonomia do enfermeiro especialista enquanto gestor de caso na mobilização e articulação dos recursos da comunidade, e o papel e importância destas organizações no apoio às pessoas com doença mental, bem como o seu contributo para a manutenção destas pessoas na comunidade e para a sua reintegração social.

Igualmente único neste contexto foi a participação numa reunião que teve lugar numa Junta de Freguesia, em que estiveram presentes para além da assistente social e enfermeira especialista em saúde mental da equipa comunitária, a psicóloga daquela órgão do poder local e uma técnica da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Esta reunião visou a discussão de estratégias conjuntas a adotar perante uma família que experiencia a presença da doença mental acompanhada de dificuldades económicas e alguma destruturação dos papéis e das relações familiares, à qual pertencem duas crianças, uma das quais jovem adolescente referenciada por aparente comportamento de risco e abandono escolar. Procurou-se criar as sinergias necessárias que levassem a uma intervenção multidisciplinar individualizada junto daquela família e dos membros que a compõem. Esta experiência à semelhança da anterior permitiu um melhor conhecimento do papel das diversas entidades e dos profissionais que as compõem, na monitorização e intervenção complementar das áreas social e da saúde. Tratou-se portanto duma experiência única em todo o meu percurso profissional, na qual tive a oportunidade de participar sobretudo através de sugestões e colocando questões, cujas repostas foram promotoras de aprendizagens significativas quer no plano pessoal quer profissional.

Outra experiência gratificante a que tive acesso durante o ensino clínico na equipa comunitária foi a possibilidade de contactar com uma cliente a quem tinha prestado cuidados durante o internamento. Naquele dia em que ela se deslocou ao Centro de Saúde foi para mim compensador verificar a sua recuperação do episódio de internamento e observar a sua alegria, vontade e empenho pessoal e o da equipa, na construção e persecução do seu projeto de saúde e de vida, ajudando aquela cliente a recuperar a sua autonomia na gestão da doença e da medicação, promovendo o seu *insight* e procurando estratégias para lidar com os problemas, numa perspetiva de *empowerment* das capacidades individuais e recursos disponíveis, incluindo os familiares. Foi enriquecedor verificar como os diversos profissionais da equipa se articularam entre si, envolvendo esta cliente, os seus pais,

e o órgão de poder local para ajudar esta pessoa. Neste caso particular foi possível recuperar as condições de habitabilidade da sua casa que tinha danificado durante a agudização da doença prévia ao internamento para onde agora a sua mãe se mudou temporariamente para ajudar nesta fase de transição, prestando apoio e promovendo a manutenção do tratamento. Apesar de a cliente ser licenciada em Direito, área em que nunca exerceu devido aos sucessivos internamentos, está agora aberta a experimentar outras oportunidades de trabalho e assim encontrar uma forma de subsistência, o que também é demonstrativo da melhoria no que diz respeito à gestão da sua doença. Esta situação para além de ter sido gratificante permitiu-me obter *feedback* do trabalho realizado no internamento, o que considero muito relevante para a prática de enfermagem e que, geralmente, não é conseguido num serviço comum de internamento.

Ao longo do ensino clínico na equipa comunitária, tal como no exemplo anterior, foi possível compreender e experienciar o papel de gestor de caso adotado pelo enfermeiro especialista em saúde mental enquanto elemento que promove e fortalece a relação terapêutica com os clientes, a articulação entre os restantes membros da equipa multidisciplinar e com as estruturas e recursos existentes na comunidade entre os quais a família e pessoas significativas, os órgãos de poder local e as Organizações Não Governamentais, envolvendo-as e mobilizando-as, aproveitando cada momento para combater o estigma e a marginalização, para aconselhar, para apoiar, para desmistificar e ajudar a desenvolver projeto de saúde de cada pessoa com experiência de doença mental.

### **2.3. Reflexão final**

Não se tratando duma síntese, este ponto do relatório visa possibilitar a exploração de algumas das aprendizagens que considero mais significativas e relevantes e que resultaram das atividades desenvolvidas ao longo do ensino clínico.

Antes de mais recorde, que entre as motivações pessoais que estiveram presentes na opção pela especialização em enfermagem de saúde mental encontrava-se a expectativa de aprofundar competências no estabelecimento de relações empáticas e terapêuticas. Verdadeiramente, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 16) “os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família,

grupos e comunidade (...), estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”. Assim, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que permitem construir uma relação terapêutica com os clientes, no respeito pelas suas capacidades, valorizando o seu papel e estabelecendo uma parceria, que tem por objetivo ajudar na concretização dos projetos de saúde de cada pessoa, família ou grupo, mobilizando os recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Neste desiderato, na sua especificidade, a enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, permitindo estabelecer com os clientes relações de âmbito psicoterapêutico, possibilitando a identificação de sentimentos e atitudes que os clientes desenvolvem bem como sua expressão, e a ainda a construção de explicações para o sofrimento e de novas estratégias de resolução de problemas e de libertação de sentimentos e emoções (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Foi nesta consciência que pautei cada uma das interações com os clientes e familiares ao longo do ensino clínico, certo da importância da qualidade da relação na prestação dos cuidados de enfermagem com vista à manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental. Neste contexto, caracterizei o desenvolvimento das relações com base nas necessidades manifestadas pelos clientes, de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Para tal utilizei abordagens adequadas e tendo presente a importância dos aspetos presentes na relação psicoterapêutica, como a capacidade para gerir atitudes, sentimentos e emoções e ainda os fenómenos de resistência, transferência, contra-transferência e transgressão de limites (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A fim de poder estabelecer estas relações de ajuda procurei sempre que possível recolher informação clínica previamente ao encontro, procurando diversas fontes que permitissem melhor conhecer os problemas de cada cliente, seja através da pesquisa bibliográfica, consulta do processo clínico ou partilha com colegas e outros profissionais, certo que esta atitude acompanhada da reflexão dos sentimentos pessoais deverá ser uma preocupação dos enfermeiros, pois constitui uma ferramenta útil, nomeadamente nos primeiros encontros (Phaneuf, 2005). Para que a confiança pudesse acontecer na interação procurei adequar o ambiente naquilo que diz respeito à privacidade e à tranquilidade, assumindo um comportamento, atitude e postura facilitadora da expressão das emoções e sentimentos, evidenciando respeito, empatia, disponibilidade, autenticidade e honestidade, demonstrando interesse pelo cliente, por aquilo que ele comunica e procurando compreender o seu ponto de vista, certo que

só assim a relação poderá ser satisfatória (Chalifour, 2008). Considero que a relação que se estabelece entre enfermeiro e cliente deve ser entendida como fundamental no processo terapêutico, contribuindo assim para a promoção, melhoria e manutenção da saúde mental. Neste contexto, assume especial papel a comunicação e as suas técnicas ao nível do verbal e do não-verbal. Por isso procurei fazer a gestão das distâncias, adequar o discurso e linguagem, utilizar uma escuta ativa, o olhar e o silêncio, confrontando quando necessário, resumindo e promovendo a ressignificação, a tomada de consciência e auxiliando o cliente a encontrar novas vias de resolução dos seus problemas, consciente da implicação destas dimensões para estabelecer a relação “que permite criar as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar a dificuldade que apresenta” (Chalifour, 2008, p. 120), na certeza que a relação só poderá cumprir o objetivo terapêutico tendo presente as premissas anteriores (Chalifour, 2008; Townsend, 2011). Estabelecer relações efetivamente terapêuticas é algo bastante mais difícil do que pode parecer à primeira vista, apenas com supervisão e treino é possível utilizar adequadamente as técnicas da comunicação verbal e não-verbal, associadas à gestão dos fenómenos presentes na relação como as transferências, as contra-transferências e as reações emocionais. Neste particular, os contributos do enfermeiro orientador permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área, ajudando a ultrapassar a inexperiência, os receios e inseguranças, promovendo a melhoria da minha capacidade para estabelecer e manter relações terapêuticas, uma das vertentes fundamentais da atuação do enfermeiro especialista saúde mental, lançando as bases que, com tempo, aprofundamento e consolidação, permitirão um desempenho mais efetivo nesta área.

A sublinhar foram as diversas oportunidades que tive para participar em entrevistas de acolhimento e de seguimento a clientes e familiares, com o objetivo de avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, aproveitando cada momento único da interação para clarificar as expectativas dessas pessoas, melhorar os seus conhecimentos sobre a doença e estabelecer as bases da necessária relação que permita sobre ela implementar as intervenções de enfermagem planeadas, algo que reconheço ter sido facilitado pela oportuna supervisão dos colegas mais experientes. Por outro lado tentei não esquecer a importância da educação para a saúde, da adesão ao regime terapêutico, entre outras, mantendo presente o papel central e ativos dos clientes, considerando-os parceiros dos cuidados, promovendo um aumento do seu *insight* e ajudando na busca

por novas soluções para os problemas resultantes da sua experiência e sofrimento, perturbação ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Neste contexto, tive oportunidade de compreender a importância da entrevista inicial de acolhimento como um momento único para se iniciar a relação terapêutica e de confiança, identificar alvos de intervenção e, quando a situação clínica o permite, coresponsabilizar e envolver clientes e familiares no planeamento das intervenções e do tratamento. A visão aqui apontada, também válida para as intervenções e entrevistas subsequentes à inicial, e a parceria que nasce e cresce com clientes e familiares seja no internamento, seja na comunidade, permite ainda desde muito cedo projetar e preparar o momento da alta, promovendo a autonomia e a reintegração social da pessoa com experiência de doença mental.

Particularmente na comunidade foi possível assimilar o papel do enfermeiro de saúde mental enquanto gestor de caso na recuperação e reintegração social das pessoas com experiência de doença mental. A este nível o enfermeiro envolve os clientes, familiares e outras pessoas próximas num projeto de saúde, articulando os diversos recursos à disposição, sejam estruturas comunitárias, sejam outros profissionais, procurando aconselhar, apoiar, clarificar, reduzir o estigma e promover a adesão à medicação, entre outras atividades que visem ajudar esses clientes a alcançar o máximo do seu potencial, de bem-estar e de adaptação à sua condição de doença mental.

A intervenção central implementada neste ensino clínico proporcionou momentos de grande satisfação ao verificar como é importante para as pessoas a oportunidade de falarem de si e da sua existencialidade. Ao serem escutadas com atenção e orientadas para falarem das conquistas mais relevantes da sua vida, é possível partir dessas narrativas para intervir do ponto de vista psicoterapêutico, enfatizando e reforçando os seus aspetos mais positivos, apoiando e encorajando, conseguindo por essa via uma melhoria da avaliação que fazem de si próprias e das suas capacidades e assim alcançarem um melhor ajustamento à sua condição de doença sobretudo promovendo as estratégias que permitam melhor lidar com o problema atual. Apesar da certeza que a mudança de comportamentos e dos sentimentos requer o seu tempo, acredito que de alguma forma os participantes na intervenção, pelo menos naqueles momentos, experienciaram uma melhoria do seu sofrimento mental. Por outro lado esta intervenção constitui do ponto de vista pessoal um importante veículo de aprendizagem sobre mim próprio e sobre as minhas

capacidades e limitações, permitindo ainda experienciar o estabelecimento de relações terapêuticas e a gestão das técnicas da comunicação verbal e não-verbal, e dos fenómenos presentes na relação, como por exemplo as emoções. Desta forma saliento que o autoconhecimento, a autoconfiança e também a aquisição teórica de conhecimentos nesta área são cruciais para a interação e intervenção positiva junto de clientes com experiência de doença mental. Com estas bases poderei de um modo mais efetivo conquistar a sua atenção, confiança e envolvimento, esbatendo as desconfianças que por vezes assombram as pessoas com experiência de doença mental em relação aos outros e ao mundo que os rodeia.

### 3. AVALIAÇÃO

*Se não receio o erro é porque estou sempre pronto a corrigi-lo*

*Bento de Jesus Caraça (1901-1948)*

Nesta fase chega o momento de olhar para o percurso efetuado, avaliá-lo e fazer um balanço das aprendizagens conseguidas. Embora um contínuo aprofundamento seja desejável e benéfico, nomeadamente através duma maior prática e estudo, penso ter desenvolvido algumas competências e adquirindo outras, proporcionadas por excelentes momentos de partilha e aprendizagem com clientes, familiares e profissionais da área da saúde mental, como o enfermeiro orientador e outros especialistas nesta área. Este percurso conferiu-me as capacidades essenciais para implementar processos que mobilizem e integrem adequadamente os conhecimentos, pondo em ação um conjunto de recursos com elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, que tenham em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, otimizando a sua adaptação ao sofrimento ou doença mental, ajudando a encontrar estratégias que permitam a adaptação e prosseguir na procura do projeto de saúde e de vida de cada pessoa. Neste desiderato acredito ter evoluído como pessoa e enfermeiro, tendo adquirido as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, detendo um melhor autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro; otimizando e recuperando a saúde mental das pessoas e grupos ao meu cuidado, prestando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional procurando permanentemente a mobilização das dinâmicas próprias de cada contexto. Neste âmbito desenvolvi as bases que permitem a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem demonstrando capacidade de compreender o conhecimento onde se fundamenta a prática de enfermagem; de compreender os discursos atuais na área da saúde e sua implicação na organização dos cuidados e na prática de enfermagem; de analisar as dimensões éticas, económicas e sociais dessa prática e de saber aplicar os conhecimentos obtidos nos contextos do exercício.

A suportar esta minha convicção está a consciência de acreditar ter conseguido executar um conjunto de atividades que permitiram adquirir e desenvolver as competências anteriormente referidas, entre as quais destaco:



1. A pesquisa bibliográfica sobre os temas pertinentes à execução dos objetivos deste ensino clínico e respetivos subsídios obtidos pela sua partilha e discussão, nomeadamente acerca da doença mental e sua repercussão no comportamento humano, enfermagem de saúde mental, competências e intervenção especializada de enfermagem perante processos de sofrimento e doença mental, incorporando assim a evidência científica na atuação;
2. Aptidões para iniciar, manter e desenvolver relações empáticas e terapêuticas que visem a otimização da saúde mental, sua melhoria, manutenção ou recuperação, permitindo a clientes e familiares expressar sentimentos e emoções;
3. Desenvolvimento de capacidades para compreender e reconhecer a importância da articulação entre a vertente de internamento e a comunitária, no acompanhamento e reabilitação da pessoa e família com experiência de doença mental, bem como intervir nesses contextos, ajudando na persecução dos projetos individuais de saúde;
4. Aprofundamento de conhecimentos nas vertentes da resolução de problemas, aconselhamento e terapia de suporte, apoiando e suportando, desmistificando e promovendo o *insight* e o *empowerment* da pessoa e família na procura de estratégias de *coping* e resolução dos problemas de saúde que enfrentam, mobilizando os recursos e dinâmicas de cada contexto, melhorando o bem-estar e a qualidade de vida;
5. Desenvolvimento das capacidades, habilidades e técnicas de comunicação verbal e não-verbal, procurando a sua mobilização adequada nas relações com preocupação do seu impacto na qualidade desta e na prática dos cuidados de enfermagem;
6. Aprofundamento da capacidade para refletir criticamente sobre a profissão e o meu desempenho particular, procurando um melhor conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e profissional e do impacto da minha postura e atitude na relação terapêutica, permitindo lançar as bases que facilitem a gestão de fenómenos presentes nessa interação como a ultrapassagem de limites, a transferência e contra-transferência e as reações emocionais;
7. Planeamento e desenvolvimento de intervenções de âmbito terapêutico, ao nível educacional e psicológico junto de clientes e familiares no respeito



pelas características pessoais e culturais e pelos princípios éticos, considerando os recursos individuais e os existentes na comunidade, promovendo a sua mobilização adequada na prevenção da doença e promoção da saúde mental, orientando a minha atuação tendo presente a importância da recuperação e reintegração social e comunitária da pessoa com experiência de doença mental;

8. Aquisição de capacidades na identificação e compreensão das necessidades dos clientes e familiares, definição de intervenções e respetiva avaliação, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental;
9. Oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a temática da depressão e sua repercussão no comportamento da pessoa, bem como o impacto duma intervenção baseada na narrativa de vida na promoção da melhoria da perceção da autoestima.

Este conjunto de atividades contribuiu assim para um processo de desenvolvimento de conhecimentos científicos, éticos e legais e de aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, mobilizando os recursos de cada contexto, fomentando a capacidade de aprendizagem, a flexibilidade e capacidade de adaptação, de forma orientada para a qualidade e excelência de cada intervenção, consciente da importância do autoconhecimento e da mobilização de mim como instrumento terapêutico. Apesar de tudo, tal como tem vindo a ser referido ao longo deste relatório nomeadamente no início deste capítulo e ao longo da análise das atividades desenvolvidas, apenas estão lançadas as bases de todo o processo de aquisição de competências, de conhecimentos e duma identidade, que necessitam de ser aprofundadas e desenvolvidas, merecendo maior investimento em áreas como a capacidade para avaliar e identificar as reais e efetivas necessidades de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental de pessoa e grupos, o que poderá vir a acontecer com aprofundamento das leituras, com a experiência e uma contínua prática reflexiva que incorpore a evidência científica, aspetos que beneficiarão dos subsídios possíveis de obter junto de colegas mais experientes. Reconheço pois que seria neste particular que investiria maior atenção se para tal houvesse mais tempo momentos de interação com os clientes na medida em que estes são também grandes veículos de conhecimento neste processo.

No entanto, e para finalizar esta avaliação, acredito que apesar de me encontrar num processo de ensino-aprendizagem pude humildemente contribuir para a promoção da saúde mental dos clientes e familiares com quem tive contacto ao longo do ensino clínico, numa ótica de parceria na definição de estratégias que melhor lhes permitam lidar com a sua experiência de doença mental, procurando a sua adequada recuperação e reabilitação social e integração na comunidade.

Também a intervenção psicoterapêutica baseada nas histórias de vida, apesar da reduzida amostra, revelou potencial efetivo na melhoria da perceção duma melhor autoestima em pessoas com sintomatologia depressiva, revelando-se por isso uma estratégia que pode ser utilizada por enfermeiros junto desta populações, podendo assim contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, acreditando que a sua implementação num período mais alargado poderá efetivamente produzir alterações benéficas quer na forma como os clientes se percecionam, quer no seu comportamento e, consequentemente, na sua reinserção na sociedade.

## 4. CONCLUSÃO

*O segredo para ser feliz não é fazer o que gostamos, mas gostar do que fazemos*

*James M. Barrie (1860-1937)*

O desiderato do documento que agora se finaliza foi o de relatar um percurso que visou obter as competências de Mestre em Enfermagem na área de especialização em saúde mental. A sustentar esta caminhada esteve a execução em contexto de ensino clínico dum conjunto de tarefas e atividades, por sua vez devidamente suportadas num projeto de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e aptidões, cujo objetivo foi o de provocar as alterações necessárias à construção duma identidade que possibilite uma prática profissional orientada para a “promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 3). Esta prática enquanto enfermeiro especialista em saúde mental deve portanto estar atenta à evolução da ciência, incorporar a reflexão que permita um elevado autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro, para que seja possível a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, ao longo duma relação empática e terapêutica, desenvolvida num clima de confiança e parceria, que permita a mobilização dos recursos internos e externos da pessoa, na definição de novas capacidades que lhe permitam melhor lidar com a situação de sofrimento ou doença mental que experiencia. Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde mental fruto da relação e da proximidade que estabelece com o cliente, encontra-se numa posição privilegiada para assumir um papel crucial na vida do cliente enquanto aliado na prevenção, tratamento e recuperação do seu processo de sofrimento ou doença mental. Este perfil, cujo desenvolvimento em mim acredito ter começado com este curso, constitui o meu entendimento das novas capacidades que posso colocar ao serviço dos clientes a quem presto cuidados, ou seja, mobilizar estas novas vivências, capacidades, habilidades e competências para uma relação de confiança e parceria que permita junto de clientes e familiares contribuir para uma melhor consciência sobre os problemas relacionados com o sofrimento e a doença mental e sobre a capacidade para encontrara estratégias que visem a sua resolução (Ordem dos Enfermeiros,

2010b, p. 1). Estou certo que este papel de grande autonomia, se bem conduzido, será extremamente gratificante quer em termos pessoais, quer em termos profissionais.

Neste último capítulo destacaria ainda a oportunidade que tive de encontrar excelentes profissionais que não hesitaram em partilhar os seus conhecimentos e em provocar em mim as transformações necessárias para alcançar os objetivos inicialmente definidos. Neste contexto, também a participação nas passagens de turno durante o internamento, as partilhas com o enfermeiro orientador, seja na comunidade, seja no internamento, a participação nas reuniões de serviço do internamento e das equipas comunitárias com as equipas do internamento, a interação com clientes, familiares, colegas e outros membros da equipa multidisciplinar, suportadas na prática reflexiva e complementadas pela pesquisa bibliográfica constituíram para mim verdadeiros momentos de formação e aquisição de conhecimentos que poderiam ter vindo a ser desenvolvidos e aprofundados não fosse a limitação temporal própria da duração do ensino clínico.

Finalmente, no que diz respeito à utilização das histórias de vida como intervenção de âmbito psicoterapêutico promotora duma melhor perceção da autoestima, apesar da limitação temporal e da reduzida amostra, trata-se duma intervenção com potencial para ser utilizada no contexto dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, pois promove uma melhoria da avaliação das capacidades individuais que pode ser mobilizada para fornecer uma nova perspetiva para o problema atual, promovendo novas estratégias para lidar com a situação agora experienciada, sendo por isso capaz de facilitar o processo de adaptação saúde-doença não apenas perante pessoas com sintomatologia depressiva pois “facilita a construção de uma (...) narrativa, (...), em que o problema ou não se apresenta ou, então, assume um papel menos relevante (...) permite construir uma nova perceção do problema” (Godinho, 2013, p. 109), permitindo, de acordo com o mesmo autor, uma reconstrução que integra o passado, o presente e promove o desenvolvimento do futuro.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ando, M., Tsuda, A. & Moorey, S. (2006). Preliminary study of reminiscence therapy on depression and self-esteem in cancer patients. *Psychological Reports*. 98, 339-346. DOI: 10.2466/pr0.98.2.339-346.
- Azevedo, A. & Faria, L. (2004). Auto-conceito e Auto-estima na transição do ensino secundário para o ensino superior. Acedido em 12/04/2014 de Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/6787>.
- Benedetto, M., Garcia, D. & Blasco, P. (2010). Era uma vez... Narrativas em medicina. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 3(1), 19-25.
- Brandão, M. & Silva, C. (2012). Impacto da Psicoterapia de Grupo em doentes alcoólicos relativamente à auto-estima e controlo do *craving*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 8, 45-51.
- Chadwick, P. M., Smyth, A. & Liao, L. M. (2014). Improving Self-Esteem in Women Diagnosed with Turner Syndrome: Results of a Pilot Intervention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 27(3), 129-132. DOI: 10.1016/j.jpbg.2013.09.004.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Chiang K.-J.; Lu, R-B.; Chu, H.; Chang, Y-C. & Chou, K-R. (2007). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23, 7-10. DOI: 10.1002/gps.1824.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal-Saúde Mental em Números -2013*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Fernandes, A., Rodrigues, M. & Cavalcanti, P. (2004). Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 57(1), 31-34.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D. & Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psilogos*. 3(1), 61-70.

- Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. & Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15, 579–594.
- George, J. (1993). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Godinho, L. F. P. (2013). O uso das narrativas de vida no cuidar da pessoa com ideação suicida no contexto do aconselhamento em enfermagem de saúde mental: subsídios para a fundamentação das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental de âmbito psicoterapêutico. (Dissertações de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Gonçalves, D. & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento*. 25(51), 371-384.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B. & Martín, I. (2008). Remeniscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos. *Análise Psicológica*. 1(XXVI), 101-110.
- Gorgati, S. B., Holcberg, A. S. & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(III), 44-48.
- Josso, M-C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. *Educação*. 3(63), 413-438.
- Junges, J. & Bagatini, T. (2010). Construção de sentido nas narrativas de doentes crónicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56(2), 179-185.
- Le Bras, F. (1996). *Como Organizar e Redigir Relatórios e Teses*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Lepore, S. J., Buzaglo, J. S., Lieberman, M. A., Golant, M., & Davey, A. (2011). Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 11:379. DOI: 10.1186/1471-2407-11-379.
- Mateus, M. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EduSer: Revista de educação*. 3(2), 3-16. Acedido em 10/04/2014. Disponível em <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/issue/view/6>.
- Morais, M. (s.d.). *Auto-Estima – Chave do sucesso e da auto-realização*. Acedido em 22/04/2014 de Associação Brasileira de Psicopedagogia. Disponível em <http://www.abpp.com.br/artigos/53.htm>.

- Nugent, E. (1995). Try to remember ... reminiscence as a nursing intervention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 33(11), 7-11.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001-Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde/DGS.
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinmann Nursing.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, S. (2008). Terapias psicodinâmicas no tratamento das adicções contemporâneas: relato de um caso de dependência de internet. *Revista Toxicodependências*. 14(3), 17-33.
- Preschl, B.; Maercker, A.; Wagner, B.; Forstmeier, S.; Banos, R.M.; Alcaniz, M.; ... Botella, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly. *Aging & Mental Health*. 16(8), 964–974. DOI: 10.1080/13607863.2012.702726.
- Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto--estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 8(1), 109-116.



- Santos, D. & Vieira, E. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(5), 2511-2522.
- Santos, E. M. M. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. (Teses de doutoramento). Disponível no RCAAP.
- Santos, N. B. (2011). O Hospital de Rilhafoles e os Asilos de Alienados na Europa do Século XIX. *Psilogos*. 9(2), 68-81.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2, 253-268.
- Santos, P. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. Acedido em 12/04/2014 de Repositório Aberto da Universidade do Porto. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16164>.
- Santos, P. J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In Ana Paula Soares, Salvador Araújo & Susana Caires (Organizadores). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. VI, 101-113. Braga: APPORT.
- Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M. & Barros, V.A. (2007). “Conte-me sua história”: Reflexões sobre o método de História de Vida. *Mosaico Estudos em Psicologia*. 1(1), 25-35.
- Silva, S., Loureiro, J. & Sousa, G. (2004). Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas Acedido a 05/06/2014. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0053.pdf>.
- Soares, M.; Nóbrega, M. & Garcia, T. (2004). Cuidados de enfermagem a uma paciente com AIDS à luz da varável espiritual de Betty Neuman. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 3(2), 187-194.
- Spinola, T. & Santos, R. (2003). Trabalhando com a história de vida: Percalços de uma pesquisa(dora?). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 37(2), 119-126. DOI:10.1590/S0080-62342003000200014.



- Tinoco, R. (2004). *Histórias de vida: Um método de investigação*. Acedido em 12/04/2014. Disponível em [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0349](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0349).
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vaz Serra, A. (1988). O Autoconceito. *Revista Análise Psicológica*. 2(VI), 101-110.



## **ANEXOS E APÊNDICES**



**ANEXOS**



**ANEXO I – Diagnósticos de Autoestima (North American Nursing  
Diagnosis Association)**





**Intervenções da NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) em relação aos diagnósticos da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)**

**Baixa Autoestima Crônica**

**Definição:** Avaliação de sentimentos negativos e prolongados sobre si ou sobre as próprias capacidades.

**Intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema:**

Melhoria da imagem corporal	Aconselhamento
Suporte emocional	Aumento da autoestima
Aumento da socialização	Aumento do sistema de apoio

**Intervenções adicionais optativas:**

Ouvir ativamente	Redução da ansiedade
Construção da relação complexa	Melhoria do enfrentamento
Intervenção em crise	Apoio à tomada de decisão
Facilitação do pesar	Estabelecimento de metas mútuas
Controle da dor	Presença
Melhoria do papel	Prevenção contra o suicídio
Grupo de apoio	Supervisão: segurança
Esclarecimento de valores	Cuidados com lesões
Toque terapêutico	

**Baixa Autoestima Situacional**

**Definição:** Avaliação de sentimentos negativos sobre si que se desenvolvem como resposta a uma perda ou mudança num indivíduo que tinha, anteriormente, uma autoavaliação positiva.

**Intervenções de enfermagem sugeridas para a solução do problema:**

Melhoria da imagem corporal	Reestruturação cognitiva
Melhora do enfrentamento	Controle do humor
Aumento da autoestima	Aumento da socialização

**Intervenções adicionais optativas:**

Construção da relação complexa	Aconselhamento
Apoio à tomada de decisão	Suporte emocional
Facilitação do trabalho com a culpa	Aumento do sistema de apoio
Cuidados com a incontinência urinária: enurese	

**Fonte:** McCloskey, J. & Bulechek, G. (Org.) (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (R. Garcez, Trad.). (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Nursing Interventions Classification (NIC) (2000). Mosby)



**ANEXO II – Resultados de Enfermagem (North American Nursing  
Diagnosis Association)**



## Autoestima

**Definição:** Juízo pessoal sobre a autovalorização

Autoestima	Nunca Positivo	Raramente Positivo	Às Vezes Positivo	Muitas Vezes Positivo	Consistentemente Positivo
Verbalização de Autoaceitação	1	2	3	4	5
Aceitação das próprias limitações	1	2	3	4	5
Manutenção de uma postura ereta	1	2	3	4	5
Manutenção do contato olho-no-olho	1	2	3	4	5
Descrição de si mesmo	1	2	3	4	5
Consideração com os outros	1	2	3	4	5
Comunicação franca	1	2	3	4	5
Realização de papéis de significação pessoal	1	2	3	4	5
Manutenção da arrumação e higiene	1	2	3	4	5
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos	1	2	3	4	5
Nível de confiança	1	2	3	4	5
Aceitação de cumprimentos dos outros	1	2	3	4	5
Reação esperada por parte dos outros	1	2	3	4	5
Aceitação de crítica construtiva	1	2	3	4	5
Desejo de confrontar outros	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso no trabalho ou na escola	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso nos grupos sociais	1	2	3	4	5
Descrição de orgulho de si mesmo	1	2	3	4	5
Sentimentos de autovalorização	1	2	3	4	5
Outro: _____	1	2	3	4	5

**Fonte:** Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (Org.) (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (R. Garcez, Trad.). (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Nursing Outcomes Classification (NOC) (2000). Mosby)



**ANEXO III – Atividades no Aumento da Autoestima (North American  
Nursing Diagnosis Association)**





---

## Aumento da Autoestima

---

**Definição:** Assistência ao cliente para que aumente o juízo acerca do valor pessoal.

---

**Atividades:**

Encorajar o contato com os olhos durante a comunicação com outros indivíduos  
Monitorar as afirmações do cliente acerca da autoestima  
Determinar o locus de controlo do cliente  
Determinar a confiança do cliente no próprio julgamento  
Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos  
Reforçar os pontos positivos identificados pelo paciente  
Fornecer experiências que aumentem a autonomia do paciente, conforme apropriado  
Auxiliar o paciente a identificar repostas positivas de outros indivíduos  
Refrear as críticas negativas  
Refrear provocações  
Transmitir confiança na capacidade do cliente de lidar com situações  
Auxiliar no estabelecimento de metas realísticas para elevar a autoestima  
Auxiliar o cliente a aceitar sua dependência em relação a outras pessoas, conforme apropriado  
Auxiliar o cliente a reavaliar suas autopercepções negativas  
Encorajar uma maior responsabilidade por si próprio, conforme apropriado  
Auxiliar o cliente a identificar o impacto do grupo de pares sobre os sentimentos de autoestima  
Explorar sucessos anteriores  
Explorar os motivos da autocritica ou culpa  
Incentivar o cliente a avaliar o próprio comportamento  
Encorajar o cliente a aceitar novos desafios  
Recompensar ou elogiar o progresso do cliente rumo ao alcance dos objetivos  
Facilitar um ambiente e atividades que aumentem a autoestima  
Auxiliar o cliente a identificar a importância da cultura, religião, raça, sexo e idade para a autoestima  
Orientar os pais do cliente acerca da importância do interesse e apoio dos mesmos para que seus filhos desenvolvam um autoconceito positivo  
Orientar os pais do cliente a estabelecer expectativas claras e a definir limites para seus filhos  
Ensinar os pais a reconhecerem as realizações de seus filhos  
Monitorizar a frequência de verbalizações negativas  
Monitorizar a falta de persistência em completar os objetivos até o fim

---

**Fonte:** Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. & Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA - NOC - NIC: Condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade* (S. I. Oliveira, Trad.) (3ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. (NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Supporting Critical Reasoning and Quality Care (2012). Mosby).



## **ANEXO IV – Escala da Autoestima de Rosenberg**



## ESCALA DA AUTOESTIMA DE ROSENBERG

(Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 1999; 2003)

Este questionário é constituído por várias afirmações que se relacionam com o modo como cada pessoa se vê a si própria. A partir da seguinte escala, assinale com um círculo o seu grau de acordo ou desacordo para cada afirmação, assinalando a opção de resposta que melhor o descreve.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
(1)	(2)	(3)	(4)

- Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais  
(1) (2) (3) (4)
- Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo  
(1) (2) (3) (4)
- Acho que tenho muitas qualidades boas  
(1) (2) (3) (4)
- Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas  
(1) (2) (3) (4)
- Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesmo/a  
(1) (2) (3) (4)
- Tenho uma atitude positiva perante mim mesmo/a  
(1) (2) (3) (4)
- No geral estou satisfeita/o comigo mesmo/a  
(1) (2) (3) (4)
- Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo/a  
(1) (2) (3) (4)
- Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil  
(1) (2) (3) (4)
- Às vezes penso que não sou grande coisa  
(1) (2) (3) (4)



## **ANEXO V – Certificados de Presença em Sessões de Formação**







ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

## ■ Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que João Paulo Da Graça Quitério Da Graça, natural de S. Sebastião da Pedreira, nascido/a a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, nacionalidade Portuguesa, portador do Cartão do Cidadão N° 09846636 válido até 04/06/2016, concluiu com aproveitamento em 29/03/2014, o Curso de Formação Profissional Curso de Prevenção de Depressão e do Suicídio que decorreu de 28/03/2014 a 29/03/2014 no/a Hospital Beatriz Ângelo com a duração total de 12 horas, tendo obtido a classificação final de Aprovado numa escala de aprovado/reprovado.

Lisboa, 29 de Março de 2014

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento Novas Iniciativas para a Vida

ADVITA - Associação para o  
Desenvolvimento de Novas  
Iniciativas para a Vida  
NIPC 504 605 321

(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 662/2014

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA  
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal - Telef.: 213 163 275 - Fax: 213 530 292 - info@advita.pt  
Instituição Portuguesa de Solidariedade Social inscrita no nº 47302 a fl. 69 do livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social, Pessoa Coletiva nº 504 605 321



# Certificado

Certifica-se que **João Graça**, frequentou o curso "**2º Fórum de Enfermagem do Serviço de Psiquiatria**", realizado no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E., que decorreu no dia 12.11.2014, com a duração total de 6 (seis) horas.

Amadora, 21 de janeiro de 2015

A Coordenadora do Centro de Formação

*Sofia Oliveira*



PROF. DR. FERNANDO FONSECA, EPE  
HOSPITAL  
Sofia Oliveira  
Coordenadora do Centro de Formação  
Direção de Recursos Humanos

Declaração nº 3694/2012



# 6º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria do Hospital  
Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Sobre o corpo e a mente

27-28

FEVEREIRO

2015

Hotel Villa Rica LISBOA

# CERTIFICADO

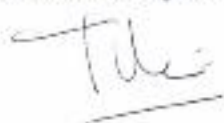
Para os devidos efeitos certifica-se que

João Paulo da Graça Quiterio da Graça

participou no 6º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do  
Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, que se realizou  
de 27 a 28 de Fevereiro de 2015 no Hotel Villa Rica em  
Lisboa.

Lisboa, 28 de Fevereiro de 2015

Pela Comissão Organizadora



Teresa Maia



## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE I – Pedido de Autorização à Comissão de Ética**



A Comissão de Ética Para a Saúde do  
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

Lisboa, 06 de outubro de 2014

João Paulo da Graça Quilério da Graça, enfermeiro, atualmente a estagiar no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa vem, por este meio, solicitar a vossa autorização para utilizar junto dos clientes internados naquele serviço a Escala da Autoestima de Rosenberg.

A referida escala destina-se a quantificar o nível de autoestima percecionada por estes clientes antes e depois da implementação duma intervenção de enfermagem baseada na narrativa da história de vida.

A Escala da Autoestima de Rosenberg, cujo exemplar se anexa, encontra-se adaptada para a população portuguesa por Santos & Maia conforme publicações de 1999 e 2003. Por outro lado, os benefícios da intervenção de âmbito psicoterapêutico baseada na história de vida encontra-se sobejamente documentado por vários autores como Tinoco (2004), Spindola & Santos (2003), Josso (2007) e Benedetto, Garcia & Blasco (2010) entre outros.

Neste estudo, serão incluídas as pessoas com sintomatologia depressiva que voluntariamente desejem participar, sendo que ao longo das avaliações e da intervenção serão devidamente acautelados os aspetos éticos, nomeadamente no que diz respeito à obtenção de consentimento devidamente informado e esclarecido e à preservação do anonimato.

Interessa ainda esclarecer que este estudo não envolverá quaisquer despesas para o Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que entendam necessário, subscrevo-me com os melhores cumprimentos





**APÊNDICE II – Suportes da Sessão de Psicoeducação: Adesão à  
Terapêutica**



# Adesão à Terapêutica

Enf. João Graça  
Enf. Carlos Monteiro

## MEDICAMENTOS....



O QUE SÃO?  
PARA QUE SERVEM?  
E SE NÃO TOMAR?

## MEDICAMENTOS...

### ► Componente essencial no tratamento eficaz da doença:

Ajudam a controlar os sintomas;  
Ajudam a evitar recaídas e reinternamentos;  
Ajudam a controlar a ansiedade;  
Ajudam na concentração e no pensamento;  
Ajudam na concretização dos projetos de vida;  
Ajudam no convívio com as pessoas.

### ► Tomados segundo a indicação médica:

Reduzem o risco de agravamento da doença;  
Não apresentam desvantagens significativas.

## NÃO ADESÃO Á TERAPÊUTICA...

### ► Ocorre quando existe uma...

Falha na sequência ou continuidade do tratamento...  
Falha na toma dos medicamentos, mesmo um única vez...  
Falha na dose ou horário indicados...  
Falha na comparência a exames, consultas médicas ou de enfermagem...

### ► Motivos...

Esquecimento...  
Sensação de melhoria ou desaparecimento de sintomas...  
Descrédito na eficácia do tratamento...  
Custo ou falta de medicação...  
Influência de familiares e amigos...  
*Efeitos secundários?*

## MEDICAMENTOS....



ESTRATÉGIAS!

## ADESÃO Á TERAPÊUTICA...

### ► Conhecimento do problema de saúde;

### ► Conhecimento dos medicamentos e suas vantagens;

### ► Compreensão do esquema terapêutico;

### ► Participação ativa no tratamento;

Adaptar a toma da medicação às rotinas diárias (ex. Refeições)  
Tomar a medicação à mesma hora todos os dias;  
Utilizar caixas de medicação com divisórias em local estratégico;  
Utilizar o alarme no telemóvel;  
Simplificar os horários da medicação.

## ADESÃO À TERAPÊUTICA...

### ▶ Não esqueça...

O acerto da medicação pode ser um assunto complexo. Por vezes demora algum tempo a serem encontrados os melhores medicamentos para si;  
Qualquer que seja o problema de saúde, os medicamentos podem não atuar logo.

### ▶ Participe ativamente no seu tratamento

Colabore... Sentir-se melhor começa em si;  
Cumpra a medicação;  
Frequente estruturas da comunidade;  
Evite situações geradoras de stress e ansiedade;  
Tenha uma alimentação saudável e pratique exercício físico.

### ▶ Os profissionais de saúde existem para o ajudar, procure-os...

7

QUESTÕES?

8



### Não esqueça...

- O acerto da medicação pode ser um assunto complexo. Por vezes demora algum tempo a serem encontrados os melhores medicamentos para si;
- Qualquer que seja o problema de saúde, os medicamentos podem não atuar logo.

### Participe ativamente no seu tratamento

- Colabore... Sentir-se melhor começa em si;
- Cumpra a medicação;
- Frequente estruturas da comunidade;
- Evite situações geradoras de stress e ansiedade;
- Tenha uma alimentação saudável e pratique exercício físico.

**Os profissionais de saúde existem para o ajudar, procure-os...**

# Adesão à Terapêutica

## Os Medicamentos...

**Componente essencial no tratamento eficaz da doença:**

- Ajudam a controlar os sintomas;
- Ajudam a evitar recaídas e reinternamentos;
- Ajudam a controlar a ansiedade;
- Ajudam na concentração e no pensamento;
- Ajudam na concretização dos projetos de vida;
- Ajudam no convívio com as pessoas.

**Tomados segundo a indicação médica:**

- Reduzem o risco de agravamento da doença;
- Não apresentam desvantagens significativas.

## Estratégias...

**Conhecimento do problema de saúde;**

**Conhecimento dos medicamentos e suas vantagens;**

**Compreensão do esquema terapêutico;**

**Participação ativa no tratamento;**

- Adaptar a toma da medicação às rotinas diárias (ex. Refeições);
- Tomar a medicação à mesma hora todos os dias;
- Utilizar caixas de medicação com divisórias em local estratégico;
- Utilizar o alarme no telemóvel;
- Simplificar os horários da medicação.



## COMPORTAMENTO DE ADERÊNCIA (1600)

**Domínio:** Conhecimento e Comportamento de Saúde.

**Classe:** Comportamento de Saúde.

**Escala:** Nunca demonstrado a Conscientemente demonstrado.

**Definição:** Ação auto-iniciada efetivada para promover o bem-estar, a recuperação e a reabilitação.

Participante										
Comportamento de Aderência										
Faz perguntas quando adequado										
Pesa riscos/benefícios de comportamentos de saúde										
Descreve estratégias para eliminar comportamentos não saudáveis										
Descreve estratégias para maximizar a saúde										
Oferece fundamentação para a adoção de um regime										
Descreve razões para se desviar do regime recomendado										

<b>Escala:</b>	Não se aplica	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Conscientemente demonstrado
	NA	1	2	3	4	5

*Adaptado de:* Johnson, Mass e Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (2ª Edição).Porto Alegre: Artemed.



### **APÊNDICE III – Diapositivos da Sessão de Reflexão e Partilha**





### OBJETIVO GERAL

- ▶ Sensibilizar para a importância da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Definir infeção associada aos cuidados de saúde;
- ▶ Identificar as precauções básicas do controlo da infeção;
- ▶ Sensibilizar para o impacto do Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) no contexto dos cuidados de saúde;
- ▶ Identificar as precauções associadas à transmissão do Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)

### SUMÁRIO

- ▶ Definição de conceitos
- ▶ Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus
- ▶ Recomendações para o controlo de infeção
- ▶ Precauções associadas à transmissão do Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus (MRSA)

### DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- ▶ Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)
  - ▶ “É uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direcção-Geral da Saúde, 2007, p. 4);
  - ▶ “Situação sistémica ou localizada resultante de uma reacção adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas). Deve ser evidente que a infeção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar” (Direcção-Geral da Saúde, 2009, p. 12).

### DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- ▶ Não são Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2009)
  - ▶ Colonização:

Presença de microrganismos na pele, mucosas, feridas abertas ou em excreções ou secreções que não causam sinais ou sintomas clínicos adversos.
  - ▶ Inflamação:
    - ▶ Resposta dos tecidos a lesões ou estímulos causados por agentes não-infecciosos (como os químicos e físicos).

### DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

- ▶ Fontes das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2009)
  - ▶ Fontes endógenas:

Com origem em zonas do corpo onde normalmente existem microrganismos (pele, nariz, boca, aparelho gastrointestinal ou a vagina).
  - ▶ Fontes exógenas:

São exteriores ao doente (profissionais prestadores de cuidados de saúde, os familiares e outras visitas, equipamentos e dispositivos médicos ou o ambiente envolvente).

## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS

- ▶ O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria do grupo dos cocos gram positivos habitualmente encontrada na pele e narinas dos indivíduos saudáveis, encontrada em cerca de um terço da população;
- ▶ A estirpe resistente à meticilina (MRSA) é um dos agentes patogénicos com maior relevância a nível hospitalar cujo tratamento é difícil e dispendioso;
- ▶ Recentemente tem-se encontrado evidência de infeções na comunidade entre pessoas saudáveis provocadas por este microrganismo;
- ▶ A disseminação de estirpes multirresistentes de MRSA dá-se geralmente através da contaminação transitória das mãos dos profissionais de saúde.

(United Kingdom Department of Health; Centers for Disease Control and Prevention; Direcção Geral da Saúde; European Centre for Disease Prevention and Control; Organização Mundial da Saúde)

## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS

### Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings, 2006

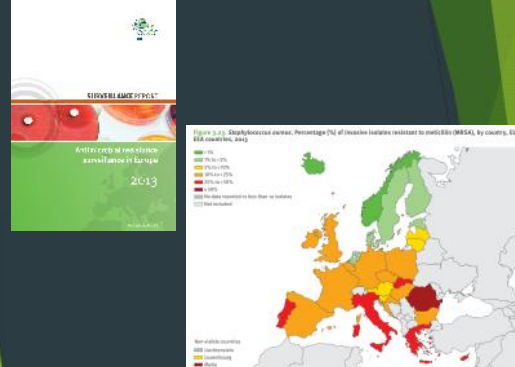
### 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings



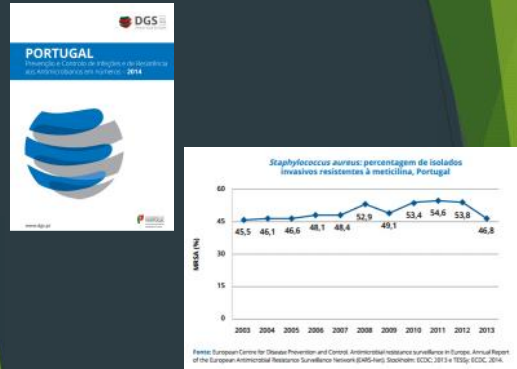
## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS



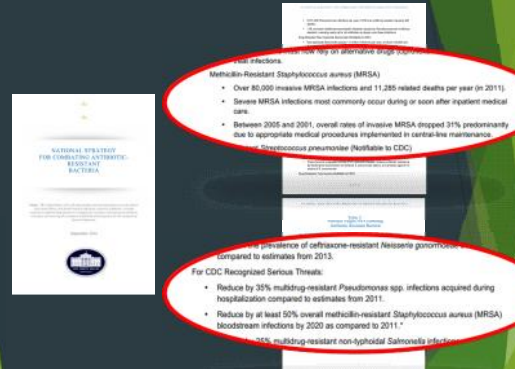
## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS



## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS



## METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS





## RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DE INFEÇÃO



13

## RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DE INFEÇÃO

- Precauções Básicas do Controlo da Infecção (Direção-Geral da Saúde, 2013)
  - Nota prévia
    - A admissão, todos os doentes estão potencialmente colonizados ou infetados;
    - A aplicação de Precauções Básicas do Controlo da Infecção é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos;
  - Colocação de doentes;
  - Higiene das Mãos;
  - Etiqueta Respiratória;

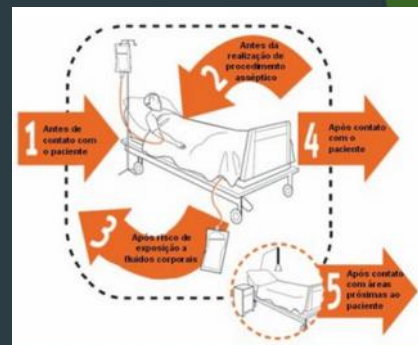
14

## RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DE INFEÇÃO

- Precauções Básicas do Controlo da Infecção (Direção-Geral da Saúde, 2013)
  - Utilização de Equipamento de Proteção Individual;
  - Descontaminação de Equipamento Clínico;
  - Controlo Ambiental;
  - Manuseamento Seguro da Roupa;
  - Recolha Segura de Resíduos;
  - Práticas Seguras na Preparação e Manipulação de Injetáveis;
  - Exposição a Agentes Microbianos no Local de Trabalho.

15

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



16

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



17

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Luvas;
  - Estéreis, não estéreis
- Avental;
- Batas;
- Máscara;
  - Cirúrgica, resistente a fluidos, de partículas Tipo P1 ou P2;
- Touca;
- Óculos de proteção;
- Cobre calçado.

18

## COLOCAÇÃO DE CLIENTES EM ISOLAMENTO

### ▶ Transmissão por contacto

- ▶ É o modo mais comum de transmissão de infeções hospitalares. Envolve o contacto direto (pessoa-pessoa) ou indireto (objetos contaminados, superfícies ambientais, itens de uso do paciente, roupas, etc.) promovendo a transferência física de microrganismos epidemiologicamente importantes para um hospedeiro suscetível.

### ▶ Transmissão por via respiratória

#### ▶ Gotículas

- ▶ Disseminação de gotículas que podem ser geradas durante a tosse, espirro, conversação ou realização de alguns procedimentos, que podem ir até um metro de distância.

#### ▶ Aerossol

- ▶ Ocorre por partículas eliminadas durante a respiração, fala, tosse ou espirro que permanecem suspensas no ar, podendo permanecer por horas, atingindo outros ambientes, inclusive áreas adjacentes, pois podem ser transportadas por correntes de ar.

## COLOCAÇÃO DE CLIENTES EM ISOLAMENTO

	CONTACTO	GOTÍCULAS	AEROSSOL
Quarto	Individual (1)	Individual (1)	Pressão Negativa
Luvas	X	X	X
Avental	X		
Bata	X (2)	X	X
Máscara		Cirúrgica (3) (4)	P2 (3)/Cirúrgica (4)
NOTAS:	(1) Ou comum para mesmo microrganismo		
	(2) Alternativa ao avental		
	(3) Obrigatória para todos os que entrarem no quarto		
	(4) Obrigatória para o doente se for transportado		

(USA, Centers for Disease Control and Prevention)

## BIBLIOGRAFIA

- ▶ Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Management of Multidrug-Resistant Organisms In Healthcare Settings*, 2006. Acedido a 15/11/2014 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MORO/MROGuideline2006.pdf>.
- ▶ Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Acedido a 15/11/2014 em <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>.
- ▶ Circular Normativa Nº: 13/DQS/GSD. *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ▶ Department of Health. (2008). *Conselhos para pessoas não hospitalizadas afectadas por MRSA*. Acedido a 15/11/2014 em [http://www.thh.nhs.uk/documents/Patients/PatientLeaflets/infectioncontrol/MRSA/MRSA\\_Advice\\_Portuguese.pdf](http://www.thh.nhs.uk/documents/Patients/PatientLeaflets/infectioncontrol/MRSA/MRSA_Advice_Portuguese.pdf).
- ▶ Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal - Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números - 2014*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ▶ Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ▶ European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)*. Acedido a 17/11/2014 em [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/\\_layouts/forms/Publication\\_DispForm.aspx?List=4f55a511-4a6d-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55a511-4a6d-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205).

## BIBLIOGRAFIA

- ▶ Horan, T., Andrus, M., B. Dudeck, M. (2009). Critérios para definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos (Direcção-Geral da Saúde, Trad.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (Tradução do original do "Surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting", 2008, AJIC major articles, Am J Infect Control. 36, p. 309-332).
- ▶ Norma 029/2012. *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- ▶ The White House. (2014). *National Strategy to Combat Antibiotic-Resistant Bacteria*. Acedido a 15/11/2014 em [http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/carb\\_national\\_strategy.pdf](http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/carb_national_strategy.pdf).
- ▶ [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).
- ▶ [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).
- ▶ [www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514).
- ▶ [www.ecdc.europa.eu/](http://www.ecdc.europa.eu/).
- ▶ [www.who.int](http://www.who.int).